

PIANIFICAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE 2009-2012

Allegati:

- N. 1 Bilancio della Pianificazione
sociopsichiatrica 2005-2008**
- N. 2 Valutazione dell'evoluzione della
casistica sociopsichiatrica 1991-2007**
- N. 3 Piano finanziario 2009-2012 dell'OSC**

CONSIGLIO DI STATO - Dipartimento della sanità e della socialità



Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012

Introduzione	1
Prima parte: ambiti di intervento prioritari	3
1. Bisogni emergenti	4
1.1 Psichiatria e popolazione anziana	4
1.2 Psichiatria e lavoro	7
1.3 Psichiatria ed età adolescenziale	12
1.4 Psichiatria e migrazione	16
2. Quadro generale e legislativo	18
2.1 La revisione della LAMal e le nuove ordinanze che entreranno in vigore il 1. gennaio 2012	18
2.2 La Guida "Pianificazione della psichiatria" elaborata dal Gruppo di lavoro "Pianificazione ospedaliera" della Commissione "Applicazione LAMal" della Conferenza svizzera delle Diretrici e dei Direttori cantonali della sanità (GDK/CDS)	20
2.3 I rapporti di maggioranza e di minoranza della Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008	22
3. Temi operativi di fondo	24
3.1 OSC: Prevenzione e collaborazione con la Sezione sanitaria	24
3.2 La trasformazione dell'OSC in Unità Amministrativa Autonoma (UAA)	29
Seconda parte: schede programmatiche	32
A. Psichiatria e popolazione anziana	33
B. Salute e lavoro	35
C. Prestazioni sociopsichiatriche per pazienti minorenni (SMP e CPE)	38
D. Diritti dei pazienti, ricoveri coatti e contenzione	42
E. Prestazioni per pazienti adulti (CPC, SPS, CD)	46
F. Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)	51
G. Formazione presso l'OSC	56
Terza parte: riassunto e conclusioni	62
Riassunto e conclusioni	63
Decreto legislativo	67
Quarta parte: allegati	69
1. Bilancio della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008	70
2. Valutazione dell'evoluzione della casistica sociopsichiatrica OSC 1991-2007	74
3. Piano finanziario 2009-2012 dell'OSC	95

Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012

Introduzione

La Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 proposta dal rinnovato Consiglio psicosociale cantonale (CPSC) è la prima elaborata formalmente in vista di essere votata dal Gran Consiglio come previsto dalla nuova "Legge sulle competenze pianificatorie del Gran Consiglio" adottata dal Parlamento il 7 novembre 2006 ed entrata in vigore il 1. gennaio 2007.

Come richiesto dal Gran Consiglio e dalla Commissione speciale sanitaria, la Pianificazione 2009-2012 è stata rivista nella forma e nei contenuti che ora prevedono la quantificazione dei costi delle misure proposte ed il relativo decreto legislativo.

Il rapporto di maggioranza del Gran Consiglio sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 ha elencato una serie di proposte operative importanti fatte proprie dal Gran Consiglio. Queste misure, se implementate nel loro insieme, determinerebbero un aumento di costi per l'OSC a carico del Cantone con un significativo impatto sul piano di risanamento delle finanze previsto dalle Linee direttive e dal Piano finanziario 2008-2011. Per questo motivo, il CPSC ha ritenuto opportuno approfondire ulteriormente le proposte, riesaminandole anche dal punto di vista finanziario per renderle sostenibili anche sotto questo aspetto.

Nel presente documento si farà dunque spesso riferimento ai rapporti di maggioranza e di minoranza dell'11 gennaio 2007 sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 ai quali è pure dedicato l'intero capitolo 2.3.

Il CPSC ritiene necessario presentare il quadro di riferimento nel quale dovrà operare la sociopsichiatria cantonale nel prossimo quadriennio e descriverne gli scenari: le modifiche legislative a livello federale (LAMal e Codice civile) avranno certamente un impatto anche sulla politica cantonale e sull'offerta di prestazioni nonché sul loro finanziamento delle stesse.

Per questo motivo, dopo un approfondimento dei *Bisogni emergenti* nel primo capitolo (psichiatria e età adolescenziale, psichiatria e lavoro, psichiatria e popolazione anziana, psichiatria e migrazione) che, per i primi tre argomenti, riprendono ed aggiornano le valutazioni dello scorso quadriennio, il secondo capitolo della Pianificazione è dedicato al quadro generale e legislativo.

Alla luce delle discussioni sulla passata Pianificazione, il CPSC ha ritenuto importante anche precisare alcuni temi operativi di fondo, segnatamente:

- il ruolo dell'OSC nella prevenzione in salute mentale,
- l'introduzione dell'Unità Amministrativa Autonoma (UAA) per l'OSC.

Seguiranno poi le schede programmatiche che, come detto, presenteranno anche la quantificazione delle spese e le eventuali modifiche legislative necessarie alla loro realizzazione.

Nella terza parte verranno riassunte le proposte operative, il loro costo nonché il Decreto legislativo con cui metterle in atto.

Come consuetudine, l'ultimo capitolo conterrà gli allegati con un Bilancio della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008, la Statistica psichiatrica aggiornata al 2007 e l'aggiornamento del Piano finanziario 2009-2012 dell'OSC.

Prima parte

Ambiti di intervento prioritari:

1. Bisogni emergenti
2. Quadro generale e legislativo
3. Temi operativi di fondo

1. **BISOGNI EMERGENTI**

1.1 Psichiatria e popolazione anziana

1.1.1 Demografia

Nei prossimi otto anni si stima che in Ticino il numero di persone con 65 anni e più di età crescerà di oltre 15'000 (+ 26%), raggiungendo le 75'000 unità, quello degli over 80 di circa 5'000 (+ 29%), raggiungendo le 21'000 unità. Tendenza che si conferma anche negli anni successivi, in particolare per gli anziani con 80 e più anni di età: tendenza rinforzata dall'aumento della speranza di vita.

Per queste ragioni nel Rapporto al Gran Consiglio sulle linee direttive e sul piano finanziario 2008/2011 (edizione dicembre 2007), il Consiglio di Stato ha ritenuto la "sfida demografica" una delle sette aree d'intervento prioritario di questa legislatura.

Per quanto attiene all'intervento del Cantone rivolto alla popolazione anziana, giova ricordare che questa, grazie al contributo fornito in età lavorativa, gode di un discreto benessere, di una buona copertura previdenziale, di un'efficace rete di servizi sanitari, ambulatoriali e stazionari distribuiti su tutto il territorio cantonale. Soprattutto beneficia dei progressi raggiunti dalla medicina in ambito geriatrico, che ha contribuito ad aggiungere anni di vita in buona salute, con un impatto positivo sulle condizioni e sulla qualità di vita quotidiana della singola persona.

L'approccio positivo all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della popolazione anziana trova riscontro nella recente ricerca effettuata a livello nazionale dal prof. F. Höpfliger: il benessere generale ha contribuito ad allungare la speranza di vita della popolazione, e gli anni di vita in più sono anni di buona salute.

Ciò nonostante, a causa dell'aumento del numero di persone anziane e degli anni di vita dopo l'età di pensionamento, cresce il numero assoluto di persone parzialmente o totalmente dipendenti, con nuove aspettative e nuovi bisogni che coinvolgono anche la salute psichica della popolazione anziana.

1.1.2 L'intervento dello Stato

Compito dello Stato è di intervenire, in base al principio di sussidiarietà, a favore dei bisogni della fascia più fragile della popolazione anziana costretta a fare ricorso all'aiuto di terzi perchè malata e/o dipendente.

Questo comporta la messa in atto di misure di sostegno differenziate, risorse famigliari e vicinato, servizi di assistenza e cura a domicilio, servizi di appoggio e di volontariato, centri diurni (centri diurni terapeutici e di aggregazione sociale), case per anziani (con l'offerta differenziata: soggiorno temporaneo, riabilitazione geriatrica, soggiorno a tempo indeterminato, centro diurno) strutture ospedaliere acute.

Questa rete di servizi socio-sanitari è concepita nell'ottica di mantenere, fin quando è possibile, l'anziano al proprio domicilio assicurando la continuità e la complementarità della presa a carico tra i diversi attori.

Fra i nuovi bisogni di assistenza emerge quello delle persone colpite dal morbo di Alzheimer e da altre forme di demenza senile. Queste malattie hanno per ora un decorso cronico progressivo che porta ad una dipendenza totale da terzi.

Nel Cantone (tenuto conto del fatto che alcuni istituti sono in fase di ampliamento), l'offerta di posti letto in case anziani è di poco più di 4'000 posti, distribuiti in 67 case medicalizzate (sussidiate e non). Si stima che il fabbisogno scoperto a medio termine, in base agli scenari utilizzati per aggiornare la pianificazione 2000/2010, con un'estensione temporale fino al 2015/2020 (in fase di allestimento), sia di circa 700 posti letto aggiuntivi, fermo restando un parallelo potenziamento della presa a carico a domicilio.

Per raggiungere questo obiettivo (compatibilmente con le risorse previste a piano finanziario, contributi per investimenti), si assicura consulenza e collaborazione a Comuni, Consorzi di Comuni, Fondazioni, che propongono nuove iniziative, riservando particolare attenzione alla creazione di una capacità supplementare idonea all'accoglimento di persone anziane con deficienze cognitive.

In generale si può affermare che tutti gli istituti per anziani sono già in grado di accogliere utenti con gradi di dipendenza elevati, per cause di natura fisica, psichica e mentale.

1.1.3 Morbo di Alzheimer: servizi esistenti

Per la presa a carico dell'anziano colpito dal morbo di Alzheimer, quasi tutti gli istituti dispongono di personale curante che ha seguito corsi di post formazione e/o aggiornamento professionale per acquisire nuove competenze per curare e assistere anziani con deficit cognitivi. Tutte le case per anziani sono tenute ad attivare forme di presa a carico finalizzate a gestire le persone colpite da demenza senile e deficienze cognitive con metodologie e approccio specifici.

Nel Cantone opera l'Associazione Alzheimer, Sezione Ticino, che interviene promuovendo campagne di informazione, di consulenza e di sostegno alla famiglia.

Il sostegno alla famiglia è mediato dagli assistenti sociali di Pro Senectute il cui intervento spazia dalla gestione delle pratiche amministrative (casce malati, assicurazioni sociali, aiuti finanziari, gestione corrente) all'attivazione di altri servizi socio-sanitari.

Nell'ottica di favorire, fin dove è possibile, la permanenza dell'anziano a domicilio, da tre lustri il Cantone, in collaborazione con Pro Senectute, assicura appoggio diretto ai malati di Alzheimer e alle loro famiglie, tramite i cinque Centri diurni terapeutici di Lugano, Bellinzona, Locarno, Faido e Balerna.

A complemento di questi Centri intervengono gli operatori dei servizi di assistenza e cura a domicilio (sussidiati o privati), dei servizi di appoggio e di volontariato (servizio trasporto, distribuzione pasti a domicilio, fornitura e manutenzione dei mezzi ausiliari, servizio di sostegno agli ammalati).

In numerose case per anziani, nel corso dell'ultimo decennio sono stati realizzati reparti con una capacità ricettiva fra 8 e 15 posti letto, appositamente strutturati per accogliere anziani colpiti da Alzheimer. Citiamo: Montesano e Varini a Orselina, Casa Giardino a

Chiasso, Casa Malcantonese a Castelrotto, Casa La Quercia ad Acquarossa, Centro la Piazzetta e Istituto Asilo dei ciechi a Lugano, Casa comunale San Carlo a Locarno, casa San Giorgio a Brissago e casa Greina a Bellinzona.

I progetti di ristrutturazione e/o di ampliamento in corso (Casa per anziani di Lugano Gemmo, Casa consortile Mezzovico, Casa consortile Claro, San Donato Intragna, Centro socio-sanitario Cevio, Cà Rezzonico Lugano, Opera Don Guanella Castel San Pietro), contemplano tutti uno o più reparti destinati a persone anziane disorientate e con deficit cognitivo.

Tutte le nuove costruzioni sussidiate dovranno presentare un'unità abitativa specifica per gli anziani affetti dalla malattia di Alzheimer o altre demenze senili.

Un ruolo importante per affrontare con competenza la gestione delle varie fasi di questa malattia è quello assunto dalla Scuola superiore per le formazioni sanitarie di Stabio (ora SUPSI) che offre dei corsi in cui si affrontano le nuove metodologie e gli approcci specifici alle persone colpite dal morbo di Alzheimer.

Si ricorda che la persona colpita dal morbo di Alzheimer è generalmente un anziano fragile che soffre anche di un insieme di patologie somatiche, che possono necessitare di cure e di strumenti diagnostici, e richiedono talvolta un'ospedalizzazione in una struttura acuta.

Ne consegue che previsioni e obiettivi di copertura dei bisogni non possano essere affrontati se non nel quadro delle diverse pianificazioni settoriali: dell'assistenza e cura a domicilio, degli istituti e case per anziani, della sociopsichiatria, degli ospedali acuti.

L'obiettivo è di rispondere in modo appropriato ai bisogni della persona ammalata, perlomeno per attenuare il grado di sofferenza.

Per le fasi di accertamento o fasi acute delle patologie di carattere confusionale e/o demenziale ci si avvale delle competenze del servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG) che dispone di un reparto specifico presso la Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC) e di un servizio di consulenza verso l'esterno.

Qualora si verificasse l'insorgere di una malattia, od altro evento che richiede accertamenti diagnostici e cure acute, l'anziano, la famiglia, il medico curante, i servizi o gli istituti possono rivolgersi agli ospedali (pubblici e privati) che dispongono di specifici reparti di geriatria.

1.2

Psichiatria e lavoro

1.2.1 L'importanza del lavoro nella società odierna

Nella nostra società occidentale, ed in modo particolare a partire dalla seconda metà del Novecento, il lavoro è "intimamente connesso all'essere, alla morale e all'immagine di sé dell'individuo".

Infatti nella cultura occidentale il lavoro è diventato il principale parametro con cui misurare il valore dell'uomo e delle sue attività. Degno di considerazione è soltanto ciò che riesce ad apparire, a farsi riconoscere e a farsi apprezzare come lavoro.

Il lavoro ha raggiunto una tale importanza che in realtà non esiste più alcun concetto opposto ad esso. Infatti una società senza lavoro appare come una società senza identità, una società che nel generale come nel particolare, nella vita quotidiana degli individui come nella politica, ha perduto il suo centro di riferimento e le sue coordinate.

Si possono in questo contesto ricordare alcune funzioni del lavoro già evidenziate nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 strettamente collegate ad aspetti psicologici individuali e sociali e che ci aiutano in parte a comprendere l'importanza assunta dal lavoro.

Il lavoro rappresenta una fonte di reddito

Il lavoro permette e facilita i contatti sociali

Il lavoro contribuisce alla creazione dell'identità individuale e sociale

1.2.2 Le modifiche nell'organizzazione del lavoro

Nel corso degli ultimi decenni vi è stato un profondo cambiamento del modo di lavorare tanto da porre interrogativi di fondo sugli aspetti positivi della salute mentale descritti sopra.

Si parla ormai di un'economia politica dell'insicurezza, in cui si assiste ad un effetto domino con conseguenze sulla salute mentale di molte persone.

Una conseguenza è l'aumento del numero dei rapporti di lavoro deregolamentati e flessibilizzati. La società del lavoro si trasforma quindi più rapidamente in società del rischio, la quale sfugge a qualsiasi previsione sia per quanto riguarda l'individuo e il suo modo di vivere, sia per quanto riguarda lo Stato e la politica.

Nello studio sulla salute mentale in Svizzera di T. Abel, già presentato nel precedente documento pianificatorio (pagg. 11-12), si cerca di approfondire le conseguenze dal punto di vista psichiatrico e psicologico di questi profondi mutamenti in atto. Nel corso degli ultimi dieci anni anche in Svizzera le condizioni di lavoro a seguito di mutamenti sociali ed economici si sono modificate in modo considerevole con conseguenze sulla salute mentale.

Si possono analizzare queste conseguenze per la salute dovute alle modifiche delle condizioni di lavoro sullo sfondo di quattro dimensioni:

1. *Le condizioni quadro generali sul posto di lavoro*
2. *Il clima di lavoro e le forme di collaborazione*
3. *Peggioramenti delle condizioni di lavoro dovuti a fattori sociali ed economici*
4. *Coscienza di salute e misure di promozione della salute sul posto di lavoro*

1.2.3 Le conseguenze sulla salute mentale

Sembrano esserci sufficienti motivi per affermare che le profonde modifiche dell'organizzazione del lavoro "nell'epoca della fine del lavoro" possono avere importanti conseguenze sulla salute mentale delle persone coinvolte in modo più o meno diretto in questa riorganizzazione.

Gli esperti segnalano come possibili conseguenze dei fattori stressanti sopra descritti: paura esistenziale, il sentimento cronico di essere sottoposti a richieste eccessive con una conseguente diminuzione della fiducia in sé stessi, una stanchezza cronica, come pure una insufficiente possibilità di prevedere e pianificare l'organizzazione della propria esistenza. Da tutto questo deriverebbe una elevata vulnerabilità nei confronti di malattie fisiche e psichiche (ad esempio: depressioni o dipendenza da sostanze).

Nel suo studio sui determinanti eco-socio-economici della salute concernente il Canton Ticino G. Domenighetti (2000) sottolinea l'importanza della classe sociale nell'insorgenza di problemi della salute anche per quelli legati all'ambiente lavorativo.

Lo studio svolto fra il 1995 ed il 1997 (anni con un tasso di disoccupazione oscillante fra il 4.2 ed il 6.7%) giunge alla conclusione che la paura di perdere il lavoro è diffusa fra tutta la popolazione, ma in modo differente. Nella classe sociale più bassa una persona su due ha paura di perdere il posto di lavoro contro il 20% della classe superiore.

Tutti gli indicatori analizzati mostrano inoltre una differenza fra le persone che hanno paura di perdere il lavoro e le persone che non hanno questa paura. Infatti le prime mostrano un'incidenza più alta di malesseri psichici medi o gravi, disturbi fisici gravi e disturbi del sonno.

1.2.4 Lavoro, impiego e salute mentale

Le ricerche degli ultimi trent'anni nell'ambito dell'ergonomia, della psicologia del lavoro e della medicina del lavoro e della salute sono state effettuate attraverso inchieste sul territorio svolte nel settore industriale e nel settore terziario e dei servizi.

Nel frattempo la struttura dell'impiego è stata profondamente trasformata.

Le popolazioni private del lavoro soffrono una morbilità psicopatologica più importante rispetto alla popolazione generale.

Nel mondo del lavoro le trasformazioni importanti della sua organizzazione, la flessibilità tramite nuove tecnologie, la flessibilizzazione dell'impiego, i metodi di valutazione individualizzati e i certificati di qualità generano anche nuove forme di sofferenza e di patologia mentale.

Le ricerche teoriche che accompagnano le investigazioni cliniche evidenziano che il rapporto con il lavoro gioca un ruolo determinante nella costruzione come pure nella degradazione della salute.

È la tesi definita "la centralità del lavoro" per rapporto alla costruzione della salute.

Il lavoro: una prova per la soggettività

Il lavoro non si riduce mai all'esecuzione di prescrizioni o di ordini formulati dalle gerarchie. Colui che si attiene all'esecuzione stretta delle consegne non fa altro che "lo sciopero dello zelo".

Lavorare implica, di fatto, un obbligo di ripensare gli obiettivi da raggiungere (il compito) ed il cammino che occorre percorrere per tentare di raggiungerli (l'attività): ciò significa che in tutti i lavori occorre usare la propria intelligenza. Gli studi clinici del lavoro mostrano che questa intelligenza riposa sulla mobilitazione, nel profondo, della soggettività tutta intera.

La soggettività inizia con il corpo, la sua sensibilità, il suo sapere, il suo potere di memorizzare l'esperienza della materia, dell'oggetto, della macchina o l'oggetto tecnico, il suo potere di intuire nuove strade per far fronte agli imprevisti, e questo continua attraverso l'attività del pensiero e dell'elaborazione delle esperienze che nascono nel corpo al lavoro.

Lavorare *suppone* non solamente l'uso di questa intelligenza, ma anche la capacità di sopportare "affettivamente lo scacco" che la realtà oppone alla volontà, al saper fare e la gestione del processo tecnico.

In altri termini, l'intelligenza al lavoro diventa efficiente solo quando cresce in un'ostinazione, in una tenacia che non si scoraggia di fronte ai risultati infruttuosi, di fronte a scacchi di ogni tipo che sono parte integrante del lavoro abituale. L'intelligenza pratica e l'ostinazione non conducono però alla formazione di nuovi "saper fare", di nuove abilità.

Lavoro e riconoscimento

Per lavorare bene è necessario mobilitare la soggettività tutta intera senza però la garanzia di un risultato positivo certo; è doveroso riconoscere che lo zelo al lavoro implica spesso un rischio per la salute mentale. Anche colui che approfitta del suo zelo contribuisce all'efficacia della ditta, dell'amministrazione o dei servizi. In cambio di questo contributo attende legittimamente una retribuzione.

Le analisi più approfondite mostrano che al di là del salario, vi è la retribuzione "simbolica". Per la salute mentale essa è la forma più importante.

Riconoscenza e salute mentale

E' fondamentale rilevare che la riconoscenza come retribuzione simbolica in prima battuta non "porta sulla persona", ma sul lavoro e la sua "qualità". Il giudizio della riconoscenza innanzitutto porta al "fare". È solo in un secondo tempo che il soggetto può eventualmente conciliare la sensazione del fare con quella dell'"essere": in questo modo esso trasforma la riconoscenza in compimento.

Il riconoscimento non è semplicemente una gratificazione più o meno demagogica. Per avere la sua efficacia simbolica deve passare attraverso dei giudizi di utilità.

Si tratta dell'utilità economica, sociale o tecnica del contributo portato dai lavoratori. Il giudizio è proferito dalla linea gerarchica.

Il desiderio di essere utile è psicologicamente cruciale.

La riconoscenza può trasformare la sofferenza in piacere. È la riconoscenza che dà al lavoro il suo senso oggettivo.

Lavorare non è mai unicamente produrre, è anche trasformare sé stesso.

Essendo l'identità l'armatura della salute mentale si comprende che il lavoro possa occupare un posto centrale nella costruzione e nel mantenimento dell'equilibrio psichico e somatico.

In fondo, molti soggetti conservano il loro equilibrio psichico essenzialmente grazie al rapporto soggettivo e sociale sul lavoro.

Centralità e sotto-impiego

Appoggiandosi alla psicodinamica della riconoscenza, si può facilmente comprendere perché quelli che sono privati dell'impiego hanno difficoltà a mantenere il loro equilibrio psichico e somatico.

Essere senza lavoro per lungo tempo vuol dire essere privati della possibilità di apportare un contributo all'organizzazione del lavoro e alla società.

Senza poter apportare un contributo effettivo è impossibile beneficiare della retribuzione simbolica della riconoscenza.

In altri termini l'identità è gravemente messa in difficoltà dalla privazione dell'impiego. Quando l'identità vacilla si profila lo spettro di una decompensazione psicopatologica: malattie mentali sintomatiche, patologie legate all'alcolismo, alla dipendenza.

La violenza è una delle conseguenze possibili per la privazione del diritto al lavoro. Deve allora essere interpretata per quella che è, vale a dire essenzialmente un'ultima difesa contro i rischi di cadere nella malattia mentale.

Osserviamo che la violenza può assumere altrettanto bene una strategia di difesa individuale, come una strategia collettiva di difesa (vandalismo collettivo, per esempio).

Assenza di riconoscenza del lavoro e psicopatologia

Se la prova del lavoro può essere una potente mediazione nella costruzione della salute, non si tratta che di una possibilità.

Il difetto della riconoscenza mina il senso soggettivo dello sforzo e del zelo sul lavoro. Ora, come sembra essere il caso per la maggior parte degli individui ordinari, l'identità è marcata da una certa incompletezza ed una certa fragilità, e in questo caso l'assenza della riconoscenza non suscita solamente la frustrazione. Genera la paura di non essere all'altezza, seguita dal dubbio delle proprie attitudini ed il dubbio di sé stesso.

Conviene insistere sul fatto che se il rapporto sul lavoro può giocare un ruolo importante nella costruzione della salute, il successo di questa dinamica dipende fondamentalmente dalle condizioni sociali.

La riconoscenza in effetti passa attraverso il giudizio dei superiori gerarchici ed il giudizio dei pari.

In conclusione la psicodinamica della riconoscenza rileva dapprima il processo strettamente individuale.

La riconoscenza dipende fondamentalmente dalla qualità della relazione di lavoro, vale a dire dal modo con cui i principi di giustizia sono rispettati non solamente per la gestione ma all'interno del collettivo o dell'équipe di lavoro.

Nel rapporto fra salute e lavoro o impiego, si dovrà considerare soprattutto che non esiste una neutralità del lavoro di fronte alla salute mentale.

Che sia per il tramite del lavoro o per quello della privazione del lavoro, la salute di tutti gli individui è tributaria di forme di organizzazione del lavoro che si impongono nella società.

Per questo si ritiene che occorra attirare l'attenzione sul fatto che l'impiego dapprima, il lavoro e le sue condizioni in seguito, dovrebbero interessare direttamente coloro che hanno la responsabilità di concepire politiche pubbliche.

In quest'ottica va sostenuto il programma 2008-2011 dell'Ufficio della promozione e valutazione sanitaria della Sezione sanitaria in via di definizione che propone alcune misure per affrontare in ottica preventiva il tema della salute -mentale- e del lavoro. Questo argomento verrà ripreso nel capitolo 3.1 del presente documento.

1.3 Psichiatria ed età adolescenziale

1.3.1 Premessa

L'adolescenza è un periodo che può presentare turbamenti personali, anche con rilevanti ripercussioni sociali, ma, contrariamente ai tempi passati, quelli attuali sembrano caratterizzarsi per un più rapido cambiamento della società che appare soggetta a continue e ravvicinate mutazioni di costume. Una società quindi più instabile.

Una delle componenti che sembra cambiare in modo estremamente veloce è la comunicazione che grazie alle scoperte tecnologiche sempre più sofisticate, avviene in modo accelerato, in "tempo reale". Sono i giovani che tradizionalmente si appropriano di tutto ciò che è nuovo, moderno ed innovativo a immettere le nuove acquisizioni di sapere nel quotidiano per cui la "novità" in questo modo diviene corrente, abituale, familiare. Ciò comporta come conseguenza che l'interlocutore adulto mai come oggi deve aggiornare costantemente il linguaggio della comunicazione con l'adolescente. Altrimenti rischia di essere percepito come superato, troppo "vecchio" e di conseguenza di non venire più riconosciuto né come autorità né come punto di riferimento. Addirittura non costituirebbe nemmeno un ostacolo a cui contrapporsi in un salutare processo di crescita.

Il fatto che i giovani dominino con maggiore facilità la tecnologia legata alla comunicazione presenta un altro risvolto da non sottovalutare. Un tale apprendimento permette loro di sottrarsi, come mai prima, allo sguardo dell'adulto. Il fatto che non si tratti di conoscenze che si riferiscono ad un settore tecnico specifico che interessa soltanto i giovani, ma a mezzi di comunicazione che hanno rivoluzionato la società finora e rappresentano probabilmente lo strumento di comunicazione del futuro, conferisce ai giovani un potere e una pseudo-indipendenza dagli adulti. Esso consente, come ulteriore conseguenza, di potersi sottrarre al confronto con l'adulto almeno secondo i canoni fin qui conosciuti. Confronto a tutt'oggi ancora riconosciuto come formativo ed utile all'acquisizione del ruolo di adulto. Infatti, paradossalmente, malgrado gli strumenti di trasmissione d'informazioni siano notevolmente migliorati, non sembra derivarne una migliore comprensione. Anzi, si potrebbe dire che assistiamo ad una maggiore difficoltà di comunicazione fra giovani e adulti. La condivisione di pensieri, emozioni, sentimenti in modo profondo sembra risultare più laboriosa. Il giovane di oggi è maggiormente perso in un mondo che offre, da un lato, un'immensità di possibilità, ne toglie però tante altre e lo confronta, a volte massicciamente, con il vissuto dell'incertezza rispetto al futuro, alla propria identità.

Se quindi da un lato assistiamo allo sviluppo di una generazione che si prepara al futuro con conoscenze tecnologiche sofisticate, che si avvale di una comunicazione estremamente veloce, immediata, fortemente mutevole poiché in tempo reale, dall'altro si ha l'impressione che questa generazione fatichi a raggiungere la posizione adulta, intesa come la capacità di provvedere in modo autonomo al proprio futuro. Sembra rimanere a lungo dipendente dalle figure genitoriali, in una specie di accudimento prolungato e nonostante la maggiore età sia oggi fissata dalla legge a 18 anni.

Questo fatto comporta che anche il ruolo genitoriale sia sottoposto a forti pressioni di cambiamento laddove la funzione genitoriale di accudimento non sembra esaurirsi tradizionalmente con la maggiore età bensì prolungarsi oltremodo in un rapporto di reciproca dipendenza.

Da queste condizioni di fondo risulta una forte crisi del legame intergenerazionale. La gioventù d'oggi e tutto l'assetto educativo appaiono essere condizionati da questa emergenza evolutiva.

Questa "crisi" può divenire problematica, se non addirittura pericolosa, laddove si presentino evoluzioni personali patologiche, siano esse riferite alla dimensione sociale o alla dimensione psicologica. Infatti, se questo periodo di instabilità ed incertezza per le persone e i gruppi che beneficiano di un discreto equilibrio può risultare addirittura positivo favorendo ad esempio il rinnovamento e la creatività, per persone o gruppi familiari più svantaggiati potrebbe presentarsi il rischio di percorsi segnati da sofferenze, blocchi ed incidenti.

Ogni riflessione sulla salute mentale degli adolescenti deve tenere presenti gli aspetti fin qui descritti e i conseguenti bisogni emergenti che necessitano di una risposta adeguata a livello politico.

I concetti che rappresentano la base per l'impostazione degli interventi nell'area sociale (qui di seguito ci riferiamo specificamente alle prese a carico psicosociali e psicoterapeutiche) devono prendere in considerazione questi mutamenti per rimanere al passo col tempo.

La prevenzione rimane ovviamente la condizione principe di intervento.

La prevenzione secondaria, non quella primaria, concerne le istituzioni che si occupano della cura della salute mentale.

In questo ambito si evidenzia la necessità di prendere a carico il disagio giovanile sul nascere prima che esso possa evolvere in una dimensione deviante che a sua volta, se non contrastata, potrebbe sfociare in quadri psicopatologici invalidanti.

Queste patologie costituiscono un'importante ipoteca per il futuro della persona che ne è affetta oltre che per la collettività.

Se ipotizziamo che un obiettivo della nostra società sia quello di affrontare meglio le difficoltà legate al disagio giovanile e poter prevenire in modo adeguato lo sviluppo psicopatologico è essenziale poter offrire oggi in tempo reale, in maggior misura e in forma più specifica che in passato, la possibilità per i giovani e le loro famiglie di trovare un sostegno professionale da parte delle strutture tradizionalmente preposte ed un aiuto adeguato.

1.3.2 Strumenti

Va sottolineato, in primis, che il lavoro nell'ambito dell'età evolutiva è complesso perché tocca inesorabilmente differenti aree della vita di un individuo, dall'infanzia fino alla prima età adulta, per cui solo raramente è possibile delimitare e circoscrivere bene l'area d'intervento.

D'altro canto, la potenzialità di "restituto ad integrum" (guarigione totale) in questa fascia d'età è elevata ed un intervento mirato e tempestivo può avere effetti decisivi e permettere la ripresa di un'evoluzione normale. Emerge allora come sia vincolante l'esigenza della prevenzione dotata di strumenti efficaci e tempestivi nel trattamento dei momenti di crisi.

Nell'età adolescenziale, caratteristico periodo di transizione, assistiamo talvolta a situazioni in cui l'individuo (adolescente), alla stregua di un adulto, è in grado di assumersi la formulazione di una domanda di aiuto. Ciò non è tuttavia la regola, preferendo l'adolescente rimanere lontano da tutto quello che egli può leggere come distante dal suo mondo e troppo di pertinenza dell'adulto. L'ulteriore scoglio allora è rappresentato dalla difficoltà di raggiungere l'interessato quando è in crisi, permettendone l'aggancio relazionale-terapeutico. Spesso il problema si presenta proprio a questo livello, in quanto potrebbe risultare difficile

rintracciare il setting in cui applicare i metodi terapeutici da tempo collaudati. Indirizzarsi ad una maggiore apertura, cogliere le particolarità della vita odierna degli adolescenti, identificare le tendenze sociali giovanili, preferire una maggior presenza nei luoghi tradizionalmente giovanili, sembrano essere misure atte a rendere l'aggancio relazionale-terapeutico più agevole e possibile. La questione della soglia d'accesso, specialmente nell'età adolescenziale, è fondamentale, perché l'adolescente non ha la forza e determinazione dell'adulto per avanzare una richiesta d'aiuto; nemmeno si lascia accompagnare, condurre dall'adulto com'è ancora possibile con i bambini. Molte situazioni rimangono disattese proprio per questo motivo.

Nel nostro sistema socio-sanitario esiste una serie di servizi che si adoperano adeguatamente nella gestione dei problemi sopraccitati e riescono ad ottenere risultati soddisfacenti. Tuttavia, sembrano esistere alcune lacune che pesano sempre più man mano che le tendenze sopra menzionate si intensificano.

Compito della Pianificazione è di identificare queste mancanze e di proporre misure specifiche, ma anche trasformazioni del modo di operare.

Andrebbero sviluppati i servizi sul territorio, nelle vicinanze dei luoghi naturali di vita quotidiana degli adolescenti; queste forze dovrebbero talvolta muoversi in un'ottica di approccio generale ai problemi emergenti, oppure dovrebbero poter disporre di conoscenze professionali dei processi psicologici e psicopatologici.

Soltanto in questo modo è ipotizzabile un approccio adeguato alle peculiari problematiche degli adolescenti del giorno d'oggi, affinché sia possibile avvicinarli in un secondo tempo a cure ben più specifiche e specialistiche. Il lavoro sul territorio degli operatori dei servizi pubblici psichiatrici non dovrebbe limitarsi alla presa a carico dei singoli giovani e della loro famiglia, ma dovrebbe anche promuovere luoghi ed occasioni di aggregazione per i giovani.

Ciò cui oggi assistiamo è una scarsità di risorse per far fronte alle esigenze reali. Il settore privato della psichiatria adolescenziale potrebbe rappresentare una risorsa utile nel lavoro di prevenzione qualora potesse essere maggiormente coinvolto nei programmi di collaborazione specialistica in rete con il settore pubblico. Attualmente il territorio cantonale ticinese presenta una carenza di operatori psichiatrici dell'infanzia e più particolarmente dell'adolescenza segnatamente nel settore privato.

Gli operatori psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza potrebbero avere un ruolo maggiore anche a livello della prevenzione secondaria (presa a carico delle situazioni di patologia incipiente, senza disorganizzazione del contesto del paziente). Per le situazioni complesse sono necessari approcci diversificati che richiedono interventi pluridisciplinari, più indicati ai servizi pubblici che dispongono di una conoscenza capillare del territorio e delle sue istituzioni. La particolarità di gran parte dei casi difficili da gestire è una marcata tendenza al passaggio all'atto. Si tratta di giovani che non hanno la forza per domandare aiuto e la tenacia di mantenere la richiesta nel tempo. Da sottolineare che la patologia di questi casi è spesso imponente e ha un impatto rilevante per la società.

Attualmente vi è la consapevolezza che solo una piccola minoranza della popolazione giovanile si contraddistingue per un alto potenziale di conflittualità, per cui dovrebbe beneficiare di un'attenzione psicosociale. Si tratta in particolare di giovani che soffrono di disturbi di tipo psicologico non indifferenti che, unitamente a problemi sociali, creano un fermento inquietante, a volte drammatico ed esplosivo, di indubbia rilevanza sociale. Per questi casi, il lavoro sul territorio assume un'importanza particolare in quanto rappresenta, a volte,

l'unica chance di alleviare il disagio e le sue conseguenze. Sia che l'operatore di territorio possa condurre il giovane verso una presa a carico adeguata, sia che organizzi delle reti di autoaiuto fra giovani o altre misure specifiche, lo stretto contatto con il territorio procura all'operatore la possibilità di intervenire in situazioni altrimenti molto lontane dal mondo delle strutture psichiatriche e sociopsichiatriche.

E' quindi cruciale abbassare la soglia di accessibilità. Necessità tanto più pertinente quanto più l'adolescente non può più essere portato dai genitori facilmente in consultazione, ma nemmeno è in grado di assumersi una domanda autonoma d'aiuto. Egli cercherà invece di gestire il disagio nella cerchia dei coetanei che solo raramente possono essere d'aiuto, mentre in altri casi possono essere decisamente sopraffatti dalla difficoltà di tali richieste. L'esperienza mostra inoltre che il giovane non confida facilmente i problemi personali intimi o familiari ai coetanei o tutt'al più lo fa soltanto in forma superficiale.

A maggior ragione esiste perciò il bisogno per l'adolescente di disporre di riferimenti facilmente accessibili e competenti per la consulenza e la presa a carico.

1.4 Psichiatria e migrazione

L'OSC, come qualsiasi altra istituzione pubblica, deve poter offrire a tutta la popolazione residente nel Cantone Ticino un'adeguata offerta in ambito socio-sanitario. La migrazione, e nello specifico la persona migrante, pone agli operatori sanitari alcune particolarità nella presa a carico terapeutica che spesso risulta più complessa ed articolata. I fattori principali che costituiscono questa diversità, determinati dall'evoluzione progressiva verso una società multiculturale, sono riassumibili come segue:

- Dalle indagini scientifiche condotte in Svizzera emerge un chiaro risultato: le condizioni di salute della popolazione migrante sono spesso peggiori di quelle della popolazione autoctona¹.
- I migranti sono esposti a maggiori rischi di malattia rispetto agli autoctoni e incontrano maggiori difficoltà nell'accedere al nostro sistema sanitario.
- Le barriere linguistiche creano spesso fraintendimenti che rischiano di compromettere sia le azioni preventive che quelle terapeutiche.
- Il personale non è ancora sufficientemente competente per rispondere alla più complessa richiesta di cura sollecitata dal migrante.
- La rete di sostegno socio-sanitaria che si occupa del migrante si riferisce ad associazioni ed enti specifici che richiedono una collaborazione più approfondita.

Questa disparità di opportunità è ancor più inquietante se si considera che un buon quinto della popolazione ticinese è composta di migranti.

Nell'ultima pianificazione sociopsichiatrica il tema è stato proposto nei seguenti termini: "Psichiatria transculturale".

La presenza nel nostro Cantone di persone straniere che presentano marcati problemi di sradicamento socio-culturale o che sono vittime dirette o indirette di ricordi o esperienze traumatiche di guerra esige da parte dell'OSC la definizione di un intervento mirato di presa a carico in rete, in collaborazione con tutte le altre strutture o enti coinvolti, segnatamente la Croce Rossa, Soccorso Operaio Svizzero e May Day. Particolare attenzione dovrà essere data ai problemi di comprensione linguistica e all'impiego di mediatori culturali.

Nel marzo 2007, all'OSC, il Centro di competenza per la formazione infermieristica ha fondato il "Gruppo di lavoro sulla transculturalità", allo scopo di condividere esperienze, discutere modalità di presa a carico, mobilitare risorse, raccogliere dati epidemiologici, fungere da "osservatorio" interno all'OSC sulla presa a carico di pazienti migranti.

Al fine di superare le barriere linguistiche il gruppo ha creato una lista interna di mediatori culturali e traduttori linguistici mobilitando le risorse interne. Inoltre, per i casi in cui queste risorse non siano presenti o sufficienti, è stata stipulata una convenzione con l'agenzia Derman, agenzia di interpretariato e mediazione culturale, al fine di avvicinarsi maggiormente all'offerta di pari opportunità di cura alla popolazione migrante.

Il gruppo ha inoltre iniziato un lavoro di sensibilizzazione del personale curante verso la tematica e offrirà a breve anche corsi di formazione specifici sull tema della migrazione; in particolare rispetto ad una corretta presa a carico del paziente migrante, ai problemi di

¹Saladin P., *Diverse e pari opportunità*, Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, 2006

adattamento sociale, ai disturbi psichici derivanti da esperienze traumatiche, nonché al miglioramento del lavoro di collaborazione di rete.

Nel futuro l'obiettivo è quello di essere riconosciuti quale ospedale rispettoso dei bisogni del migrante per assumere la denominazione di "Migrant-Friendly Hospitals, una rete per la popolazione migrante (MFH)" che l'Ufficio federale della sanità pubblica ha lanciato come parte integrante della strategia globale della Confederazione "Migrazione e salute 2002-2007".

2. QUADRO GENERALE E LEGISLATIVO

In questo capitolo il Consiglio psicosociale cantonale (CPSC) intende illustrare progetti, rapporti e modifiche legislative che potranno avere o avranno un'influenza sull'offerta di prestazioni sociopsichiatriche e psichiatriche nel nostro Cantone e che di conseguenza costituiscono un quadro di riferimento per la Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012.

In particolare, saranno approfonditi:

- 2.1 La revisione della LAMal e le nuove ordinanze che entreranno in vigore il 1. gennaio 2012
- 2.2 La Guida "Pianificazione della psichiatria" elaborata dal Gruppo di lavoro "Pianificazione ospedaliera" della Commissione "Applicazione LAMal" della Conferenza svizzera delle Diretrici e dei Direttori cantonali della sanità (GDK/CDS)
- 2.3 I rapporti di maggioranza e di minoranza della Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008

2.1 La revisione della LAMal e le nuove ordinanze che entreranno in vigore il 1. gennaio 2012

Durante il 2007 il contesto nel quale verranno chiamate ad operare le strutture sanitarie svizzere ha cominciato a meglio precisarsi. A fine anno, le Camere federali, a conclusione di un iter lungo e non privo di difficoltà, hanno adottato le nuove disposizioni LAMal concernenti il finanziamento degli ospedali.

Secondo gli intendimenti del Consiglio federale, le nuove disposizioni hanno quale obiettivo principale di tenere maggiormente sotto controllo la componente economica nella fornitura di prestazioni.

A tal fine gli ospedali saranno in futuro finanziati attraverso un sistema di remunerazione legato alle prestazioni e basato su forfait calcolati in funzione della diagnosi medica.

La struttura dei forfait sarà unica ed uniforme per tutta la Svizzera. Per gli ospedali somatici sarà riferita allo Swiss-DRG.

Per la psichiatria invece, ritenuto che il modello Swiss-DRG non avrebbe permesso di raggiungere gli obiettivi perché poco adattabile alle peculiarità di una presa in carico stazionaria dell'utenza psichiatrica, si era ipotizzata l'introduzione del sistema PsychPV (Psychiatrie - Personal Verordnung) in vigore in Germania dagli anni '90. Questo sistema era stato però ideato con altri scopi rispetto a quelli previsti dalla revisione della LAMal ed era poco aderente alle necessità svizzere. H+ Gli Ospedali Svizzeri ha allora fatto proprio un progetto (Psysuisse) che intende proporre un modello di finanziamento delle prestazioni ospedaliere in psichiatria più aderente alla realtà. I primi passi di questo modello sono stati sviluppati dagli ospedali universitari di Losanna e Ginevra e successivamente dalle strutture del Canton Berna. Santéuisse è stata coinvolta in una seconda fase del progetto e, condividendo la mancata possibilità di utilizzare con profitto i modelli Swiss-DRG e PsychPV, ha accolto provvisoriamente il principio del progetto Psysuisse riservandosi di fornire la sua valutazione definitiva una volta che i primi risultati

verranno testati e resi noti. Sin dall'inizio del progetto l'OSC è rappresentata dal signor P. Pfahler, Capo dell'Ufficio delle finanze, del personale e del controlling OSC. Il dr. M. Tomamichel figura invece quale rappresentante nel gruppo degli esperti che dovrà verificare l'applicabilità dal punto di vista medico delle risultanze del progetto.

Il nuovo sistema di finanziamento dovrebbe quindi creare trasparenza e permettere di confrontare strutture pubbliche e private poiché in futuro le stesse regole di cura e di finanziamento varranno per le une e per le altre.

I Cantoni saranno in effetti chiamati a pagare il 55% degli ospedali pubblici e delle cliniche private mentre il restante 45% andrà a carico degli assicuratori malattia. Per le strutture psichiatriche stazionarie attualmente attive nel nostro Cantone ciò rappresenta un costo valutabile in circa 8.5 milioni di franchi su un onere supplementare totale a carico dello Stato valutabile attualmente a circa fr. 70 milioni.

Appare quindi fondamentale, come ha espresso la Commissione della gestione e delle finanze del Gran Consiglio nel suo rapporto sul Messaggio 5 ottobre 2007 concernente l'approvazione del contributo globale 2008 dell'EOC *"che il nuovo gioco della concorrenza possa avvenire su uno stretto piano di parità: stessi diritti (tra cui il finanziamento), ma anche stessi doveri. In questo senso sarà importante far sì che anche sul piano normativo il settore privato sia messo sullo stesso piano di quello pubblico (...)"*. Per la psichiatria, la legge di riferimento è la LASP e tutti i fornitori di prestazione dovranno farvi riferimento.

Per gestire questa spesa supplementare, il Cantone dovrà adottare una pianificazione ospedaliera particolarmente rigorosa ed incentrata sui mandati di prestazione; questo anche per le strutture psichiatriche.

Per questo importante compito, il Cantone potrà fare riferimento alla Guida per la Pianificazione della psichiatria della GDK/CDS di cui al punto 2.2 di questo capitolo.

2.2 La Guida "Pianificazione della psichiatria" elaborata dal Gruppo di lavoro "Pianificazione ospedaliera" della Commissione "Applicazione LAMal" della Conferenza svizzera delle Diretrici e dei Direttori cantonali della sanità (GDK/CDS)

Il 27 novembre 2007, il Gruppo di lavoro "Pianificazione ospedaliera" della Commissione "Applicazione LAMal" della Conferenza svizzera delle Diretrici e dei Direttori cantonali della sanità (GDK/CDS) ha pubblicato una prima Guida "Pianificazione della psichiatria". Dopo un'ampia consultazione, il testo è stato aggiornato e l'ultima pubblicazione data dell'agosto 2008.

Questa Guida si inserisce quale complemento alle raccomandazioni generali della GDK/CDS concernenti la pianificazione ospedaliera (1997, revisionata nel 2002) e alla Guida per una pianificazione ospedaliera in base alle prestazioni del luglio 2005. Mentre i documenti precedenti facevano riferimento alle cure somatiche, la Guida in oggetto tratta specificatamente dei bisogni peculiari della presa in carico psichiatrica.

La Guida si propone di:

- fornire ai Dipartimenti della sanità cantonali la possibilità di assolvere -in virtù del mandato legale- i loro compiti pianificatori rispondenti alle prescrizioni LAMal considerando le sfide che pone una presa in carico psichiatrica conforme ai bisogni.
- evidenziare che la presa in carico ambulatoriale, che non rientra negli obblighi pianificatori secondo l'art. 39 LAMal, rivesta in psichiatria un'importanza considerevole.
- dimostrare che la messa in atto di programmi/modelli sperimentali e di progetti pilota è indispensabile. Questo avrà il vantaggio di instaurare tra i cantoni una certa armonizzazione dei progetti allo scopo di consolidare le conoscenze. Le prestazioni psichiatriche specifiche offerte sono da verificare ad esempio confrontando regioni urbane o rurali, oppure confrontando il grado di integrazione alla rete delle istituzioni o l'offerta di prestazioni combinate fra loro. Questi aspetti dovranno essere verificati nell'arco di più anni.

Oltre a questi obiettivi generali, la GDK/CDS propone altri obiettivi elencati qui di seguito:

- nella pianificazione della psichiatria secondo la LAMal devono essere prese in considerazione anche le prestazioni ambulatoriali dell'art. 32 LAMal perché ciò che circonda il paziente è importante per la prevenzione, per l'evoluzione della malattia e per le prestazioni riabilitative. Inoltre, grazie a prestazioni ambulatoriali conformi ai bisogni, la letteratura specializzata dimostra che la durata delle ospedalizzazioni può essere ridotta. In questo senso sarà opportuno valutare se il grado di copertura del bisogno di prestazioni ambulatoriali sia appropriato in particolare per quanto concerne l'ambito minorenni anche in ottica di prevenzione.
- benché le cliniche psichiatriche acute siano destinate ad avere sempre un ruolo importante nella presa a carico dei pazienti, emerge, se ci si confronta con l'estero, che in Svizzera esiste una penuria di infrastrutture semi-ospedaliere e di prossimità. Inoltre mancano delle divisioni psichiatriche negli ospedali somatici.
- nella fase di adozione del rapporto del gruppo di lavoro "Pianificazione ospedaliera" dell'agosto 2008 la GDK/CDS ha indicato che, per quanto concerne la densità di letti psichiatrici acuti (senza quelli attribuiti alle dipendenze ed alla psichiatria forense, si do-

vrà fare riferimento all'offerta presente negli altri paesi europei nei quali esistono grandi differenze.

Si passa infatti dagli 8 letti per 100'000 abitanti dell'Italia e della Spagna (Galizia) ai 185 di Malta. Attualmente in Svizzera sono riconosciuti 106 letti ogni 100'000 abitanti. In Ticino la dotazione di letti è allineata con l'offerta di prestazioni psichiatriche acute esistente nel resto del nostro paese.

- Oltre alla dotazione dei letti in psichiatria che nella Guida è un argomento cardine della presa a carico, la stessa propone che:
 - vengano definite delle regioni di presa a carico nelle quali i servizi psichiatrici possano essere raggiunti in 30 minuti dalla grande maggioranza della popolazione. In questo campo, il coinvolgimento dei medici psichiatri con gabinetto privato e dei medici generalisti è ritenuta molto importante. La Guida propone inoltre l'istituzione di équipes mobili.
 - si incrementi la raccolta sistematica dei dati per conoscere l'esatta occupazione dei letti e le diagnosi di pazienti ammessi e l'analisi delle relazioni fra prestazioni ospedaliere, semi-stazionarie e stazionarie.
 - si svolgano dei confronti fra fornitori di prestazioni e con le dotazioni di posti letto nei diversi paesi europei.
 - le pianificazioni vengano verificate in virtù degli obiettivi come pure, se necessario, vengano riviste sulla base del grado di realizzazione degli obiettivi stessi.
 - sarà molto importante lo svolgimento di programmi/modelli sperimentali e di progetti pilota.
 - nel quadro della pianificazione della psichiatria, la Guida propone pure di considerare le particolarità della pedopsichiatria, della psichiatria geriatrica e della psichiatria legale.
 - visto che le regole dei finanziamenti delle prestazioni in vigore dovranno essere adottate in funzione dei cambiamenti intervenuti, la Guida propone che gli assicuratori siano inclusi da subito nella pianificazione della psichiatria.

La GDK/CDS, ha adottato l'anno in corso la Guida sulla Pianificazione della psichiatria. Essa rappresenta pertanto la sua raccomandazione in ambito di pianificazione psichiatrica. Ha pure deciso di approfondirne alcuni aspetti ed ha creato un gruppo di lavoro nel quale l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale è rappresentata dal dr. M. Tomamichel, Direttore dei Settori OSC.

In particolare il Gruppo ha proposto il seguente calendario di incontri:

- servizi di aiuto e cura a domicilio nelle cure psichiatriche (primavera 2008);
- le presentazioni dei modelli/programmi in corso (novembre 2008);
- le ripercussioni ad un anno dall'entrata in vigore della 5a revisione AI (marzo 2009);
- sviluppo di modelli/programmi per la psichiatria geriatrica e la pedopsichiatria (settembre 2009);
- confronti internazionali (marzo 2010);
- medici di famiglia quali fornitori di prestazioni psichiatriche? (settembre 2010);
- congresso conclusivo dei lavori (maggio/giugno 2011).

2.3 I rapporti di maggioranza e di minoranza della Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008

L'11 gennaio 2007 i commissari della Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio hanno presentato due rapporti sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008.

Quello di maggioranza è stato firmato da 9 commissari, di cui due con riserva e su quello di minoranza hanno apposto la loro firma 8 commissari. Ciò, come indicato dal relatore del rapporto di minoranza, dimostra la difficoltà incontrata nei lavori commissionali a trovare un consenso sul documento pianificatorio.

Nella seduta serale del 29 gennaio 2007, il plenum del Gran Consiglio ha accolto il rapporto di maggioranza con 36 voti favorevoli, 20 contrari e 7 astenuti.

Tenuto conto che il rapporto di maggioranza sulla Pianificazione non presentava una quantificazione chiara dei costi, vista la precarietà attuale della situazione finanziaria del Cantone, il Consiglio di Stato ha ritenuto necessario beneficiare di questo aggiornamento della Pianificazione sociopsichiatrica per approfondire ed esplicitare l'impatto finanziario delle misure al fine di permettere al Gran Consiglio una decisione definitiva in base a una documentazione esaustiva e trasparente.

La Direzione OSC ha ripreso per intero le indicazioni contenute al capitolo 13 del rapporto del relatore Graziano Pestoni formulando delle proposte che dovevano rispondere alle richieste presentate dal Parlamento al Consiglio di Stato in virtù del rapporto di maggioranza.

Le due varianti hanno entrambe costi importanti. La variante A, che prevede:

- l'incremento del personale presso la Clinica psichiatrica cantonale per diminuire la contenzione;
- l'apertura nei fine settimana dei Centri diurni;
- l'apertura al di fuori degli orari di ufficio e nei fine settimana dei Servizi psico-sociali;
- l'apertura al di fuori degli orari di ufficio e nei fine settimana dei Servizi medico-psicologici e
- l'aumento di collaborazione con gli enti locali per affrontare il problema del disagio giovanile

richiede un incremento di circa 40 unità di personale ed un costo di fr. 4.54 mio lordi, fr. 2.83 mio netti.

La variante B, che riprende tutte le misure previste nella variante A alle quali si aggiungono:

- l'apertura di letti psichiatrici negli ospedali dell'EOC;
- il potenziamento delle strutture intermedie;
- l'apertura di due Centri psico-educativi per adolescenti e
- un investimento nella prevenzione psichiatrica

necessita di circa 70 unità di personale supplementari con un costo lordo di fr. 9.17 mio, fr. 6.30 mio al netto.

Alla luce della situazione finanziaria del Cantone, in sede di elaborazione delle Linee direttive e del Piano finanziario, il Consiglio di Stato ha deciso di adottare le seguenti proposte, inserendole nel Preventivo 2009:

- l'apertura nei fine settimane dei Centri diurni e
- l'apertura di letti psichiatrici negli ospedali dell'EOC.

Se l'adozione della prima misura è semplice perché i Centri diurni sono già operativi e l'apertura nei week-end comporta organizzativamente unicamente l'aumento di due unità di operatori sociali per un costo di fr. 0.2 mio, la seconda misura richiede l'elaborazione di un progetto che deve essere condiviso con l'EOC, con gli ospedali interessati dalla misura e con il Dipartimento della sanità e della socialità.

Oltre agli aspetti legali di cura dei pazienti il rapporto deve prevedere anche gli aspetti finanziari, quelli organizzativi e quelli delle responsabilità in caso di incidenti.

Per le altre richieste, si è ritenuto opportuno approfondirle maggiormente ed inserire le relative proposte operative in questo documento pianificatorio.

E' utile sottolineare comunque che per le strutture intermedie (p.to 13.1, lett. d del rapporto di maggioranza), dopo l'esperienza di Casa Sirio dell'omonima Fondazione attiva dal 2006, il Dipartimento della sanità e della socialità e la Divisione dell'azione sociale e delle famiglie con la Scheda n. 1 "Centri di accoglienza a bassa soglia (strutture "di transizione" per giovani in difficoltà di 16-25 anni) in vista di un inserimento sociale e occupazionale" delle Linee direttive 2008-2011 intendono sostenere due progetti pilota, uno a Chiasso ed uno a Muralto che propongono lo sviluppo di due strutture intermedie per giovani "in rottura".

Inoltre, come descritto nel cap. 3.1 del presente documento pianificatorio, il programma di prevenzione primaria in salute mentale è stato sviluppato ed inserito nel Programma 2008-2011 dell'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria della Sezione sanitaria in collaborazione con l'OSC.

Il CPSC ritiene che queste due misure, alle quali vanno aggiunte quelle viste sopra di competenza dell'OSC, siano conformi a quanto proposto con la Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 approvata dal Parlamento nel gennaio del 2007 come pure al programma di risanamento delle finanze cantonali, richiesto anche dal Parlamento a più riprese.

3. TEMI OPERATIVI DI FONDO

3.1 OSC: Prevenzione, terapia e collaborazione con la Sezione sanitaria

L'importanza di questo argomento è confermato dal progetto di nuova Legge federale sulla prevenzione e sulla promozione della salute (Legge sulla prevenzione -LPrev) posto in consultazione dal Consiglio federale il 30 giugno 2008. Nel testo della consultazione, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) afferma che *“Dopo il fallimento della prima proposta di legge federale sulla prevenzione nel 1984, l'attenzione della politica sanitaria si è focalizzata sulla medicina curativa e sul finanziamento dei sistemi di assistenza sanitaria. Di fronte alle attuali sfide di politica sanitaria – conseguenti all'evoluzione demografica, all'aumento delle malattie croniche, al ritorno o all'insorgenza di malattie infettive – sono in atto da qualche tempo iniziative nazionali ed internazionali volte a rafforzare la prevenzione e la promozione della salute”*.

Il progetto di Legge sulla prevenzione prevede di disciplinare:

- strumenti di gestione strategica e di coordinamento;
- prevenzione delle malattie non trasmissibili e mentali;
- ripartizione dei compiti tra la Confederazione ed i Cantoni;
- finanziamento;
- semplificazione e nuova organizzazione a livello federale delle strutture destinate alla prevenzione.

Il secondo punto è quello che potrebbe influenzare maggiormente gli aspetti legati alla prevenzione in salute mentale. Il Messaggio sulla nuova Legge precisa che, con riferimento alle malattie menzionate dall'art. 118, cpv. 2, let b della Costituzione, con la LPrev la Confederazione disporrà di una nuova base legale per le misure in materia di prevenzione delle malattie non trasmissibili e mentali fortemente diffuse o maligne. E' previsto di operare nel settore della prevenzione e della diagnosi precoce di quelle malattie di importanza fondamentale per la salute pubblica e che hanno un impatto diretto sui costi sanitari. Per la sociopsichiatria, l'avamprogetto di legge prevede interventi per:

- suicidi;
- depressione unipolare;
- autolesionismo;

come pure nei seguenti ambiti

- consumo di alcol e malattie alcol correlate;
- consumo di droga;
- Alzheimer e demenza.

Il termine della procedura di consultazione della nuova Legge è scaduto il 31 ottobre 2008. Poi dovrà riprendere il suo percorso politico, di conseguenza non sono prevedibili né i contenuti definitivi né l'entrata in vigore della LPrev.

Tuttavia, ritenuto che entrambi i Rapporti dell'11 gennaio 2007 della Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 ponevano una particolare attenzione agli aspetti preventivi e al ruolo dell'OSC in questi ambiti, il Consiglio psico-sociale cantonale ha ritenuto importante riprendere ed approfondire questo importante

tema fornendo pure alcune precisazioni di concetto in virtù della situazione attuale e delle definizioni in vigore.

3.1.1 Disagio psichico, malattia e fattori di rischio

Per meglio comprendere i diversi livelli a cui va affrontata la prevenzione nel campo delle malattie psichiatriche è utile far riferimento ad alcuni aspetti del disagio psichico e della malattia psichiatrica.

Il disagio psichico è una condizione di sofferenza che può predisporre allo sviluppo di disturbi psichici e non è diagnosticabile con gli usuali sistemi di classificazione. Si tratta di uno stato soggettivo che solo in una fase successiva potrebbe diventare oggettivo e manifestarsi attraverso disturbi emotivi o come malattia mentale grave. Situazioni di conflittualità e di disagio psichico possono presentarsi inevitabilmente in una o l'altra fase della vita, tanto più nelle società caratterizzate da rapidi e importanti mutamenti, e in seguito essere superate grazie alle risorse individuali e a quelle di cui si riesce a disporre nel proprio contesto. Entro certi limiti, emozioni intense, conflittualità, umore basso e irritabile e comportamenti a rischio possono essere parte normale di un periodo della vita.

In alcuni casi il disagio si trasforma in disturbo psichico sulla base di alcuni fattori di rischio che agiscono in modo più o meno accentuato secondo le diverse situazioni. Diversi studi concorrono ad affermare che più del 25% della popolazione mondiale è colpita da disturbi mentali e del comportamento nel corso della vita e che circa il 20% dei minori al di sotto dei 16 anni ne presenta una forma o un'altra². Sembra che in Svizzera tra 25% e 40% dei pazienti dei medici di famiglia siano affetti, oltre che da altri problemi o esclusivamente, da disturbi psichici³. I disturbi possono essere di breve durata o prolungati e ripetuti, e possono in questo caso avere impatti anche importanti su diversi ambiti della vita della persona, della sua famiglia e della comunità. Una salute mentale disturbata può essere precursore o conseguenza di molti comportamenti a rischio per la salute: abuso di alcool e di sostanze, abusi fisici, sessuali o emotivi (come vittime o come perpetratori), condotte a rischio eccessive, abitudini alimentari estreme, aggressività, infrazioni alla legge e ai diritti degli altri, insuccessi scolastici e professionali, assenteismo, isolamento nelle relazioni sociali e familiari, e così via. Le previsioni epidemiologiche indicano che l'entità dei problemi concernenti la salute mentale si incrementerà e che tra una decina d'anni la depressione sarà la maggior causa di morbilità nei Paesi avanzati. Già adesso la percentuale di affezioni mentali tra i casi di incapacità lavorativa e d'invalidità è in continuo aumento anche nel nostro Paese.

I principali fattori di rischio sono: fisiologici (riconducibili alla vulnerabilità e alla reattività individuale, all'età, alla presenza concomitante di malattie fisiche gravi), familiari (perdita, carenze, traumi familiari, patologia di un familiare, distorsioni comunicative croniche, ecc.), sociali (povertà, precarietà economica e sociale, mancanza d'istruzione, disoccupazione, scarso supporto, conflitti e catastrofi vissuti nei paesi di provenienza, ecc.), legati alla personalità (scarsa autostima, influenzabilità, tendenza alla dipendenza, ecc.) e all'accessibilità e alla qualità dei servizi disponibili⁴. Lo stato di salute individuale e collettivo è dunque

² OMS, "Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs", Genève, 2001.

³ "Système de santé en Suisse 2004-2006", Kocher G. e Oggier W., Bern, H. Huber.

⁴ "Prevenzione e salute mentale", Piccione R. e Grispini A., Roma, Carocci, 1999.

determinato dall'interazione di elementi genetici, comportamentali, ambientali e dalle condizioni socio-economiche in cui si vive. Le cause dei disturbi psichici sono spesso multifattoriali, vi sono malattie di cui è noto solo qualche fattore di rischio e condizioni di sofferenza che non sono assimilabili a malattie definite⁵. Il campo delle affezioni psichiche, sia per quanto attiene alla terapia che soprattutto per quanto attiene alla prevenzione, è dunque ampio, in evoluzione ed eccede di molto le risorse disponibili in tutti i Paesi. Le informazioni sulla diffusione delle patologie, le differenze temporali e culturali e i fattori di rischio sono perciò elementi indispensabili per individuare delle priorità e per programmare i diversi livelli degli interventi preventivi.

3.1.2 La prevenzione

Gli interventi preventivi nell'ambito dei disturbi mentali possono essere suddivisi in tre categorie:

la prevenzione primaria è finalizzata ad impedire il sopraggiungere della malattia e tenta di mettere in atto misure che agiscano sulle cause o sui rischi che essa si manifesti; essa può essere rivolta alla popolazione generale o a gruppi specifici di popolazione considerati "a rischio" (perché particolarmente esposti a uno o più dei fattori di rischio summenzionati);

la prevenzione secondaria, rivolta alle persone già colpite da disturbi, consiste nei trattamenti, destinati a interrompere il processo di malattia in corso, a prevenire future complicazioni o ricadute e a limitare le incapacità;

la prevenzione terziaria comprende un insieme di misure riabilitative finalizzate a permettere alle persone ammalate di raggiungere il miglior livello di autonomia possibile e utilizzare al massimo le loro capacità residue (*OMS, op.cit.*).

3.1.2.1 La prevenzione primaria

Lo scopo è di ridurre le possibilità che si manifestino nuovi casi di disturbi psichici nella popolazione e di procrastinarne la comparsa, cercando di ridurre i fattori di rischio e/o di incrementare i fattori protettivi. Le azioni di prevenzione primaria possono comportare interventi specifici indirizzati alla persona e interventi aspecifici orientati alle strutture, all'ambiente socio-economico e all'ecosistema. Tra gli interventi volti alle persone possiamo distinguere quelli di promozione generale della salute che mirano ad un miglioramento delle competenze personali e delle capacità di autogestione, e le offerte d'informazione e di strategie per migliorare la motivazione di fronte ai rischi (per es. campagne d'informazione sui grandi temi della salute mentale a tutta la popolazione o ai giovani).

La prevenzione rivolta ai cosiddetti gruppi di popolazione a rischio, che non presentano forme di disturbo psichico oggettivo (per es.: giovani con insuccessi scolastici, disoccupati, giovani in situazione economica e sociale particolarmente disagiata) o che presentano un disagio oggettivo (per es.: figli di genitori con gravi patologie psichiatriche su cui grava gran parte dell'assistenza, persone con gravi malattie croniche, persone che hanno vissuto recenti eventi di vita particolarmente stressanti), consiste soprattutto nella creazione di situazioni di supporto e in azioni volte a rafforzare le competenze e le risorse personali.

La promozione della salute mentale a livello di sistema fa riferimento ad una gamma di strategie a livello locale e del Paese che toccano l'azione della salute pubblica ma anche, più in generale, le politiche volte alla protezione dei cittadini, che implicitamente contribuiscono anche a ridurre i fattori di rischio per la salute, aspetti contemplati in diversi ambiti

⁵ Saraceno B. in World Health Organisation, Prevention and Promotion in Mental Health, Geneva, WHO, 2002.

legislativi quali le Leggi sul lavoro, la Legge sul sostegno alle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge famiglie), la Legge della scuola, la Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (LSan), ecc.

Sono parte della prevenzione primaria tutte quelle iniziative volte a favorire una buona interazione tra figli (già a partire dalla nascita) e genitori (l'organizzazione di centri di consulenze ai genitori dopo il parto, consultori familiari, ecc.), le politiche scolastiche, le strutture per il tempo libero dei giovani, la sensibilizzazione della popolazione e la lotta contro la stigmatizzazione e le discriminazioni, dove anche i media possono svolgere un ruolo importante, le risorse comunitarie costituite dai diversi gruppi locali di genitori, di giovani, di stranieri, ecc., i servizi sociali, la qualità dei contesti lavorativi, la ricerca epidemiologica e la ricerca sugli impatti delle azioni dei servizi, ecc.

Riguardo al disagio psichico giovanile, che merita un'attenzione particolare ai diversi livelli della prevenzione, la prevenzione primaria avviene soprattutto attraverso la scuola (e i servizi di sostegno pedagogico legati alla scuola) e i servizi che collaborano nell'intervento in situazioni problematiche con i minori. Attività d'informazione su tematiche specifiche e attività di promozione della salute sono promosse da diverse associazioni e consultori pubblici e privati presenti sul territorio⁶. Inoltre, tra le risorse che possono apportare una protezione contro le condizioni passibili di generare situazioni di disagio psichico (prevenzione aspecifica) si possono citare le colonie estive e di vacanze, i centri giovanili, i foyers sociali, le associazioni di aiuto ai genitori, e tutte quelle strutture che sul territorio possono rinforzare l'aggregazione dei gruppi, favorire l'integrazione e lo sviluppo del potenziale positivo delle persone.

3.1.2.2 La prevenzione secondaria (cura)

Essa implica l'offerta ai malati di un precoce riconoscimento, una buona diagnosi, un intervento precoce, cure efficaci e accessibili che sviluppino le potenzialità delle persone in cura, la continuità dell'assistenza, la collaborazione con i familiari e con i supporti informali e formali presenti, affinché la persona affetta da un disturbo possa guarire o migliorare e non si trovi unicamente a carico della famiglia. Ciò implica strutture differenziate, se possibile vicine all'abitazione dei pazienti e ridotte, fondate sulla coordinazione tra i professionisti della salute e le istituzioni comunitarie, itineranti piuttosto che fisse (*OMS, op.cit.*). Gli interventi dovrebbero essere periodicamente monitorati per misurare gli impatti dell'attività dei servizi rispetto ai risultati attesi.

3.1.2.3 La prevenzione terziaria (riabilitazione)

La prevenzione terziaria comprende sia un insieme di tecniche e di interventi indirizzati alle persone, sia quelli rivolti alle condizioni del contesto quali l'alloggio e le possibilità di reinserimento professionale e sociale. Lo scopo è di aiutare le persone affette da malattie psichiche ad acquisire alcune competenze pratiche (igiene, alimentazione, cura della casa, uso dei trasporti, inclusa una formazione ai pazienti e alle famiglie sull'assunzione dei farmaci), sociali e relative all'occupazione.

Mentre sembra che la prevenzione primaria di alcune gravi malattie psichiche è praticamente impossibile (ad es. schizofrenia), una buona prevenzione secondaria e terziaria può

⁶ Associazioni Dedalo, "Parlatevi...con noi", Radix, i Consultori di Pianificazione familiare, il Gruppo esperti per i problemi delle tossicodipendenze, Pro Juventute, SOS Infanzia, Comunità familiare-servizio tossicodipendenze, Ingrado-centro di cura dell'alcolismo, l'Associazione Aiuto Aids Ticino, Infogiovani e da parte di alcuni medici e medici scolastici. L'elenco evidentemente non è esaustivo.

limitare la cronicizzazione e le successive riospedalizzazioni. La prevenzione delle riammissioni ospedaliere è attualmente oggetto di diversi studi per le importanti implicazioni di questo tema a livello delle sofferenze individuali e dei costi sociali.

3.1.3 I compiti dell'OSC in ambito preventivo

La prevenzione secondaria e terziaria delle malattie psichiche compete in modo specifico ai diversi Servizi di cura dell'OSC, ai terapeuti privati specialisti, e ai curanti in generale attivi nel Cantone. Infatti la psichiatria e la psicologia medica si occupano di chi si ammala o di chi non riesce ad affrontare le difficoltà che incontra. I servizi specializzati regionalizzati dell'OSC sono incaricati della presa a carico di adulti e minorenni ma anche di pareri, di perizie, di collaborazioni con medici, medici specialisti psichiatri, psicologi e psicoterapeuti, educatori e assistenti sociali, con strutture diverse, antenne, centri residenziali, cercando di offrire supporti formativi agli operatori e di elaborare piani terapeutici sulla base del modello di reti d'intervento in atto anche in altri Paesi.

Della prevenzione primaria del disagio sono investite prioritariamente altre istituzioni e strutture che in modo più pertinente che non quelle dell'OSC possono operare nel campo della promozione della salute mentale e influire sulle condizioni di rischio potenziale, a livello individuale, collettivo e del contesto sociale.

In quest'ottica, l'Ufficio di promozione e valutazione sanitaria (UPVS) della Sezione sanitaria del DSS ha elaborato il documento programmatico "Promozione della salute e Prevenzione 2008-2011" che contiene anche gli interventi previsti -Benessere e disagio- nel quadro della salute mentale. Per gli aspetti riguardanti la psichiatria l'UPVS beneficerà certamente della collaborazione dell'OSC. In questo modo oltre alla qualità, si garantisce la coerenza tra le diverse attività promosse dal Cantone.

Anche la Sezione sanitaria, nel suo programma, ha ripreso tre dei bisogni emergenti evidenziati nella prima parte della presente Pianificazione.

1. Salute degli anziani
2. Salute e lavoro
3. Salute dei giovani

In questi tre ambiti, l'OSC collaborerà attivamente nell'elaborazione e nella messa in atto di alcuni progetti. A titolo esemplificatorio si indicano i seguenti.

- Per Salute degli anziani: la collaborazione al progetto PIPA per il sostegno alle attività di promozione dell'autonomia delle persone anziane; il progetto Alzheimer che prevede l'elaborazione e la diffusione di linee guida per un miglior approccio alle situazioni sanitarie e alla loro gestione.
- Per Salute e lavoro: l'elaborazione e la diffusione di studi sulla relazione tra salute e lavoro; la formazione dei medici di base per riconoscere i sintomi derivanti da situazioni lavorative.
- Per Salute dei giovani: la collaborazione alle iniziative del Forum per la promozione della salute a scuola. Si tratta di azioni per lo sviluppo di competenze di attitudini favorevoli alla salute (Parlatevi con noi, Diario scolastico, Infogiovani, Autostima, Educazione sessuale, Prevenzione suicidio).

3.2 La trasformazione dell'OSC in Unità Amministrativa Autonoma (UAA)

Come previsto dal Messaggio n. 5800 del 31 maggio 2008 e dalla successiva decisione del Gran Consiglio del 19 settembre 2006 con la quale è stata decisa la creazione di 4 unità amministrative autonome nonché dalla Scheda n. 3 (pag. 23) della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008, l'OSC dal 1. gennaio 2008 è stata trasformata in un'UAA.

Le altre UAA sono:

- il Centro sistemi informativi (CSI) del DFE
- il Controllo cantonale delle finanze per il DI
- l'Archivio di Stato con la Biblioteca cantonale per il DECS che poi ha proposto un quinto progetto, la Scuola superiore alberghiera e del turismo di Bellinzona.

Il 15 gennaio 2008 il Consiglio di Stato ha approvato il mandato di prestazione quadriennale 2008-2011 e il Dipartimento della sanità e della socialità ha approvato il mandato di prestazione annuale per l'anno 2008.

Per l'OSC il 2007 è stato un anno di simulazione dei mandati di prestazione e del conto prestazioni durante il quale, grazie alla collaborazione del Servizio di contrattualizzazione della Sezione sanitaria del DSS, ha potuto anche mettere a punto un sistema di raccolta delle informazioni più aderente alle necessità adattando il nuovo sistema informativo SAP/Cartella di cura informatizzata implementato nel 2006.

Per rispondere anche alle esigenze qualitative previste dai contratti di prestazione annuali e quadriennali, dopo averla ottenuta per il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) ed i Centri diurni (CD) anche per la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) si è avviata la procedura per la certificazione del sistema di gestione della qualità.

Il CARL ed i CD sono certificati in base alla norma UFAS/AI 2000 mentre il sistema di gestione della qualità della CPC è stato certificato durante il 2008 ISO 9001:2008.

Per quanto concerne le prestazioni si è proceduto all'elaborazione del conto prestazioni che è allegato al mandato di prestazione annuale. Le prestazioni previste sono:

1) Prestazioni stazionarie

- | | | |
|------|---|---|
| 1.1) | Clinica psichiatrica cantonale (CPC) | <ul style="list-style-type: none"> - giornate stazionarie - giornate ospedale di giorno - giornate ospedale di notte |
| 1.2) | Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) | <ul style="list-style-type: none"> - giornate stazionarie - osservazioni professionali AI - prenotazione letto |

2) Prestazioni semistazionarie

- | | | |
|------|----------------------------|------------------------------------|
| 2.1) | CARL: Laboratori protetti: | ore di lavoro |
| 2.2) | Centri diurni: | giornate di presenza/numero utenti |

- 2.3) Centri psico-educativi (CPE)
 -compreso internato a Stabio-:
- giornate di scuola speciale
 - ore di educazione precoce
 - ore di psicoterapia
 - numero pasti AI
 - numero pasti fatt. famiglia
 - numero notti internato
- 3) Prestazioni ambulatoriali
- 3.1) Servizi medico-psicologici (SMP): ore di terapia
- 3.2) Servizi psico-sociali (SPS): ore di terapia

Si è proceduto in seguito a calcolare, sulla base della contabilità analitica, i prezzi delle prestazioni che moltiplicati per le unità di prestazioni contrattualizzate da cui devono essere dedotti i ricavi determinano il contributo globale. Per il 2008 esso ammonta a fr. 27'370'400.--.

Grazie al nuovo sistema informativo SAP e alla nuova contabilità analitica, implementati presso l'OSC dal 2006, l'elaborazione dei dati quantitativi e la definizione dei prezzi delle prestazioni sono stati elaborati con un buon grado di affidabilità.

Per gli aspetti legati alla qualità delle prestazioni erogate, il mandato di prestazione prevede la misurazione dei seguenti indicatori:

CPC e CARL: soddisfazione del personale e soddisfazione utenti;
 SPS e SMP: soddisfazione del personale e soddisfazione utenti nonché soddisfazione degli invianti.

Questa attività, che è garantita dal personale dell'OSC ad eccezione della misurazione della soddisfazione dei pazienti (PoC 18) della CPC per la quale è stato attribuito un mandato ad una ditta specializzata esterna, ha una scadenza triennale (CPC + CARL; SPS, SPPM e CD; SMP e CPE).

Inoltre, per la CPC, che come visto prima sarà certificata ISO 9001:2008, in virtù della Convenzione quadro fra santésuisse e H+ Gli Ospedali Svizzeri alla quale ha aderito, si dovrà prevedere nel breve periodo la necessità di raccogliere alcuni indicatori di prestazione attualmente in fase di test in una dozzina di cliniche psichiatriche svizzere. Questo progetto pilota è coordinato dal KIQ (Nationale Koordinationsstelle und Informationsstelle für Qualitätssicherung) e prevede di raccogliere tre indicatori principali sui 12 individuati, segnatamente:

- l'importanza dei sintomi;
- la qualità di vita;
- le misure di privazione o limitazione della libertà (frequenza e tipo).

La CPC, visto che è già impegnata nella certificazione, non ha partecipato direttamente a questo progetto pilota ma lo segue da vicino come uditrice. Nessun'altra clinica del nostro Cantone ha preso parte al progetto pilota.

Anche in questa fase di trasformazione, l'OSC ha continuato negli sforzi di contenimento della spesa in atto da parecchi anni.

L'evoluzione finanziaria dal 1991 al 2007 (dati consuntivo) indica un aumento medio annuo dei costi totali di gestione pari allo 0.74% in termini nominali. Siccome l'indice dei prezzi al consumo, nel medesimo periodo, ha fatto registrare un incremento medio annuo dell'1.23%, si riscontra una diminuzione media annua reale dei costi di gestione dello 0.49%.

Il fabbisogno, che nel periodo 1991-2007 è diminuito mediamente dell'1.24% in termini nominali e del 2.44% in termini reali, dal 2009 è destinato a salire dopo l'entrata in vigore della Nuova perequazione finanziaria e dei compiti che prevede la soppressione delle prestazioni collettive dell'AI per il CARL, i Centri diurni (CD) ed i Centri psico-educativi (CPE) nonché la soppressione dei sussidi all'educazione speciale (CPE).

		1991 cons.	1995 cons.	2000 cons.	2005 cons.	2007 cons.
30	Spese per il personale	41'995'572	43'637'080	42'154'232	48'074'578	48'538'950
31	Spese per beni e servizi	4'968'129	4'890'773	5'256'919	6'151'546	6'424'346
33	Ammortam. (crediti inesig.)	2'612	5'551	-	-	23'414
36	Contributi	-	-	-	45'000	45'000
39	Addebiti interni	3'363'882	3'403'009	2'724'320	2'406'432	1'629'995
3	Totale spese correnti	50'330'195	51'936'413	50'135'471	56'677'556	56'661'705
42	Redditi della sost. (affitti)	127'000	122'000	63'500	95'040	95'635
43	Tariffe e vendite	16'938'243	16'354'327	20'809'455	24'030'943	23'773'251
46	Contr. Per spese correnti	2'431'412	6'123'701	7'542'401	7'464'852	7'555'609
49	Accrediti interni	-	-	51'852	-	-
4	Totale ricavi correnti	19'496'655	22'600'028	28'467'208	31'590'835	31'424'495
FABBISOGNO		30'833'539	29'336'385	21'668'263	25'086'721	25'237'210
AUMENTO PERCENTUALE						
		1991 cons.	1995 cons.	2000 cons.	2005 cons.	2007 cons.
3	Totale spese correnti	100	103.2	99.6	112.6	112.6
4	Totale ricavi correnti	100	115.9	146.0	162.0	161.2
FABBISOGNO		100	95.1	70.3	81.3	81.8
Indice dei prezzi al consumo						
		100	110.3	114.5	119.4	121.6

Seconda parte

Schede programmatiche:

- A. Psichiatria e popolazione anziana
- B. Salute e lavoro
- C. Prestazioni sociopsichiatriche per pazienti minorenni (SMP e CPE)
- D. Diritti dei pazienti, ricoveri coatti e contenzione
- E. Prestazioni per pazienti adulti (CPC, SPS, CD)
- F. Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)
- G. Formazione presso l'OSC

A. Psichiatria e popolazione anziana

1. Il Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG)

La Clinica psichiatrica cantonale (CPC) ed i Servizi ambulatoriali (Servizi psico-sociali) dell'OSC partecipano alla valutazione geriatrica e alla presa a carico di persone anziane sofferenti di problemi psichici. Essi contribuiscono pure a chiarire i fattori di rischio, i problemi individuali e le risorse bio-psico-sociali e relazionali degli anziani stessi.

A questo proposito, è stato istituito un Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIP-SIG) che dispone ora di due reparti specifici presso la CPC, per le persone anziane sofferenti di una patologia psichica acuta.

Il servizio offre inoltre una consulenza specialistica agli ospiti delle case per anziani per prevenire un'ospedalizzazione o per garantire la continuazione delle cure dopo una degenza presso i reparti stazionari della CPC. Altro compito assunto dal SIPSIG è quello di offrire a richiesta una supervisione alle équipes delle case. Questa attività di consulenza si è estesa a pressoché tutte le case anziani del Luganese, ed è attualmente in fase di potenziamento presso quelle del Mendrisiotto.

Nel Sopraceneri, ove non ci sia una consulenza offerta da psichiatri privati, questi compiti sono assunti dal Servizio psico-sociale della regione.

2. La struttura, gli spazi e le attrezzature

I servizi offerti

Il SIPSIG dispone attualmente di 26 posti letto con un aumento di 9 rispetto alla precedente pianificazione.

Per poter fornire un servizio mirato e qualificato il servizio è suddiviso in:

a) *Un reparto specializzato per le patologie di carattere demenziale con conseguenti disturbi del comportamento*

Si tratta di un reparto dotato di 9 posti letto, che opera a porte chiuse, considerato il rischio di allontanamento afinalistico nei pazienti sofferenti di sindromi demenziali particolarmente avanzate. La patologia di questi anziani è spesso completa e polivalente, e le loro condizioni generali sono di regola compromesse da un deterioramento non solo psichico ma anche fisico e spesso sensoriale.

In seguito agli accertamenti diagnostici e dopo una valutazione clinica dei problemi di natura biologica, psicologica e sociale, si procede alla messa a punto di un piano terapeutico e riabilitativo personalizzato. In collaborazione con la famiglia, i curanti e/o le case per anziani si applicano i procedimenti terapeutici rivolti sia alla cura della sintomatologia sia alla riduzione della sofferenza del paziente e dei suoi familiari come pure al mantenimento o al recupero delle abilità residuali. L'équipe terapeutica rivaluta quotidianamente l'intervento sia dal punto di vista farmacologico che da quello della riabilitazione cognitiva e comportamentale. Appena possibile i pazienti sono coinvolti nelle attività culturali, sociali e ricreative, inserite nel programma di riabilitazione, effettuato presso il reparto stesso o negli spazi gestiti dal servizio di socioergoterapia.

b) *Un reparto per patologie psichiatriche di ogni natura in età geriatrica*

Questo reparto è dotato attualmente di 17 posti letto, in precedenza 8, ed è specializzato nell'esplorazione diagnostica, nella cura e nella riabilitazione delle patologie psichiatriche acute in età geriatrica. Il percorso terapeutico che inizia con la diagnostica psichiatrica e somatica, si avvale degli interventi psichiatrici, strumentali e di laboratorio. Il piano terapeutico individualizzato, include anche un trattamento farmacologico, mirato al miglioramento dei disturbi psichici e internistici. In seguito il paziente è inserito in un percorso riabilitativo personalizzato, affidato a personale adeguatamente formato. Questo percorso mira soprattutto al recupero ed allo sviluppo delle abilità residuali. Gruppi di sostegno rivolti ai famigliari sono integrati nell'attività terapeutica del reparto. Quando la situazione lo permette i famigliari dei pazienti sono invitati a prendere parte attiva nella progettazione dell'intervento terapeutico. L'équipe terapeutica estende il suo intervento alla gestione delle problematiche quotidiane, non solamente in clinica ma anche in quelle domiciliari. L'inserimento del paziente nella realtà di riferimento precedente alla degenza, è favorito dagli incontri e dalla collaborazione con i medici di base, con gli specialisti e con gli operatori di case o altre strutture per anziani.

Il Servizio di socioterapia assume compiti non solamente di ergoterapia ma anche di animazione sociale, culturale e ricreativa. Inoltre il servizio si avvale della collaborazione di un fisioterapista diplomato, presente tre volte la settimana.

I reparti si avvalgono della regolare consulenza settimanale di un medico geriatra dell'EOC per i problemi internistici che è stata intrapresa nel 2006 con reciproca soddisfazione.

Entrambi i reparti si avvalgono di una regolare formazione interna rivolta a tutti gli operatori, oltre che di una regolare supervisione di équipe da parte di uno specialista esterno.

L'attuale dotazione di posti letto dei reparti del SIPSIG appare al momento adeguata e in grado di soddisfare le necessità del territorio anche nei prossimi anni.

Proposte operative

- Potenziare ulteriormente la collaborazione, comunque già esistente, con i reparti di geriatria dell'EOC in vista anche di una maggiore integrazione della formazione specialistica dei medici assistenti operanti nelle due discipline.
- Potenziare il numero di utenti seguiti nelle case per anziani.
- Continuare la proficua collaborazione instaurata con le case anziani del Cantone, non solo per gli aspetti di consulenza, ma anche come conoscenza delle diverse realtà di lavoro (stage di personale delle case anziani presso il SIPSIG, come già avvenuto, visita del personale del SIPSIG nelle case anziani).
- Conoscenza e condivisione di realtà di cura simili alla nostra in altri cantoni della Svizzera (come già fatto ad esempio in occasione della visita a strutture nel Canton Zurigo e Grigioni).

B. Salute e lavoro

1. Introduzione

Appare ormai legittimo affermare che le profonde modifiche nell'organizzazione del lavoro hanno generato importanti cambiamenti. Vi sono certamente aspetti positivi in tali modificazioni, ma nel contempo anche importanti conseguenze sulla salute mentale delle persone coinvolte (lavoratori e non). Le nuove modalità di lavoro introducono nuovi fattori di stress che determinano paure esistenziali, sentimento cronico di sovraccarico e conseguente diminuzione della fiducia in sé stessi, stanchezza cronica ed una difficoltà a prevedere e pianificare la propria esistenza. Ne deriva una maggiore vulnerabilità nei confronti di malattie fisiche e psichiche. Le nuove condizioni di lavoro comportano anche ripercussioni negative sia per il singolo (deterioramento della salute, danni finanziari e sociali) che per la collettività (costi diretti e indiretti conseguenti alla malattia, alla disoccupazione, alla aumentata richiesta di prestazioni assistenziali e di invalidità). E' utile rilevare che negli ultimi mesi, con l'avvento della crisi finanziaria e economica per la quale in questo momento è difficile fare previsioni sulla sua reale dimensione, il tema del lavoro è ritornato al centro delle preoccupazioni della popolazione e dell'Autorità politica.

2. Lo sviluppo del Laboratorio di psicopatologia del lavoro

Nel 2003, in seguito all'evidente importanza dello studio dal punto di vista psicopatologico dei fenomeni legati alla sofferenza psichica causata dai mutamenti dell'organizzazione del lavoro, è stato creato un gruppo multidisciplinare composto di una trentina di professionisti. Esso ha dato avvio al Laboratorio di psicopatologia del lavoro, il cui primo obiettivo era di osservare e meglio comprendere l'entità e la natura del problema nella realtà ticinese.

Nel 2004 e nel 2005, l'attività del Laboratorio si è concentrata principalmente sulla raccolta e sull'analisi di testimonianze al fine di individuare i fattori determinanti (cause del disagio), identificare le conseguenze (fisiche, psichiche, sociali, familiari, economiche) e definire delle modalità d'intervento mirate e specifiche. Questo lavoro era svolto dal gruppo durante le riunioni quindicinali.

In tale contesto, la formazione interna e le visite ai centri di competenza già esistenti all'estero hanno rappresentato ulteriori importanti tappe.

Durante la formazione, ogni partecipante del gruppo presentava a cicli alterni delle tematiche di interesse inerenti al lavoro su cui poi si attivava una riflessione pluridisciplinare. Sono state inoltre svolte visite ad altri centri di competenza: nel 2005 è stato preso contatto con il prof. Giglioli R. della Clinica del Lavoro L. Devoto di Milano e visitata per cinque volte la clinica da lui diretta. Nel dicembre 2005 ci si è recati a Parigi presso il Laboratorio di psicopatologia del Prof. Dejournes C., che è stato invitato in Ticino nel maggio del 2008 per un seminario "Se il lavoro si ammala" di due giorni tenutosi in collaborazione con la SUPSI.

Nello stesso periodo la SUPSI ha inoltre pubblicato il primo quaderno della "Collana del Laboratorio" dal titolo "La salute flessibile" la cui realizzazione è stata possibile anche grazie alla collaborazione con il Laboratorio di psicopatologia del lavoro.

Il Laboratorio è diventato operativo nella primavera del 2006, a seguito della costituzione di un gruppo operativo d'intervento costituito da un medico psichiatra, da un'assistente sociale e da una psicologa. Tale gruppo lavora in stretta collaborazione con il gruppo secondario già esistente, composto di medici, infermieri, avvocati, consulenti del personale, ecc.

I due gruppi si ritrovano nelle consuete riunioni quindicinali per aggiornamenti, formazione continua interna, scambio di riflessioni, analisi di casi, definizione e sviluppo di nuovi progetti, pianificazione di nuovi obiettivi.

3. Le modalità di intervento

L'attività del Laboratorio si suddivide in tre modalità d'intervento, scaturite dagli obiettivi del centro:

- prevenzione/informazione/analisi: sensibilizzare gli addetti ai lavori (aziende, risorse umane, responsabili salute e sicurezza, ...) e la società nel suo insieme (giovani studenti, persone in disoccupazione, ...) sui nuovi rischi psicosociali, sui loro effetti salute psico-fisica delle persone e sulle modalità d'intervento e gestione di una situazione lavorativa avversa. Gli strumenti di divulgazione sono stati articoli di giornale, trasmissioni televisive (Buonasera, ottobre 2006), convegni o seminari (Monte Generoso 2005), formazioni in diverse scuole (USI, SUPSI, scuola infermieri Stabio, convegno Società Svizzera Salute Sicurezza sul Lavoro, ...). Il lavoro di raccolta dati, che continuerà anche in futuro, ha permesso di disporre di informazioni e argomentazioni in grado di sostenere e promuovere l'attività del Laboratorio;
- intervento con gruppi terapeutici: una prima esperienza è iniziata nel 2006 ed era strutturata in una ventina di incontri a cadenza settimanale. Hanno partecipato persone affetti al Laboratorio che hanno potuto beneficiare di incontri condotti dal medico psichiatra e dall'assistente sociale e, a seconda della necessità degli utenti, da professionisti del settore che hanno risposto ad interrogativi specifici volti ad una gestione mirata e funzionale della situazione lavorativa avversa. La seconda esperienza ha preso avvio nell'aprile del 2008. Si compone di un ciclo di 24 incontri a cadenza settimanale, tenuti dal medico psichiatra e dalla psicologa all'interno dei quali si elabora, dal punto di vista psicologico e formativo, l'evento traumatico.
- presa a carico individuale: trattamento e riabilitazione delle persone che soffrono di disturbi della salute correlati al disagio lavorativo quali distress, mobbing, burn-out, licenziamento, disoccupazione, precariato, difficoltà di reinserimento, molestie sessuali, conflitti. A tutt'oggi le 148 persone rivoltesi al Laboratorio presentano le seguenti caratteristiche sociodemografiche:
 - 44.6% sono uomini,
 - 55.4 % sono donne
 - il 67.4% hanno fra i 30 ed i 49 anni,
 - il 23.4% più di 50 anni e
 - il 9.2% meno di 30 anni

- il 47.3% è celibe/nubile,
il 26.7% è sposato/a
il 26.0% è separato/a o divorziato/a
- nel 74.9% dei casi la sua nazionalità è svizzera;
nel 19.7% è italiana,
nel 3.4% è europea e
nel 2.0% di altra provenienza
- il 51.4% risiede in Ticino dalla nascita,
il 41.2% vi risiede da almeno 5 anni mentre
il 7.5% non vi abita
- il 59.4% ha una formazione a livello di apprendistato,
il 14.7% di scuola superiore,
il 9.8% universitaria
il 12.6% di scuola dell'obbligo
- il 66.9% è disoccupato/a di cui
il 60.6% è in malattia.

Nella maggior parte dei casi si è reso indispensabile un intervento multidisciplinare in cui l'assistente sociale, il medico psichiatra, la psicologa e spesso il consulente legale uniscono le loro competenze per affrontare in modo mirato la situazione problematica della persona. Ciò evidenzia la complessità della situazione che si viene a creare allorché ci si trova confrontati ad una situazione lavorativa avversa. La problematica lavorativa infatti genera degli effetti che non sono ascrivibili al solo contesto lavorativo, ma innesca un effetto a cascata che si ripercuote su tutti gli aspetti della vita degli individui.

4. Conclusioni

Nel corso degli anni, il Laboratorio si è inserito gradualmente nella rete socio-sanitaria ticinese. Il lavoro effettuato fino ad oggi ha permesso di dare avvio ad una nuova fase di analisi basata su dati concreti e di perfezionare e definire in modo chiaro la natura, gli scopi e la modalità di presa a carico del Laboratorio.

Tenuto conto della priorità del tema, ulteriormente acuita dall'attuale crisi economica, in base alle positive esperienze acquisite in questi anni, si ritiene pertanto necessario consolidare il Laboratorio di psicopatologia del lavoro attribuendo alla Direzione del Settore Sottoceneri dell'OSC un'unità di operatore sociale a tempo pieno che si assuma i compiti descritti precedentemente ed incrementi gli aspetti formativi che sono molto importanti in questo specifico campo. Il costo ammonta a fr. 0.12 mio al netto ed al lordo.

C. Prestazioni sociopsichiatriche per pazienti minorenni (SMP e CPE)

1. Introduzione

Il rapporto di maggioranza dell'11 gennaio 2008 della Commissione speciale sanitaria, fatto proprio dal Gran Consiglio, chiedeva al Gran Consiglio (cap. 13.3, pag. 27):

- A) di approvare la mozione 26 settembre 2005 "Per un potenziamento del Servizio medico-psicologico sul territorio" (Messaggio n. 5771);
- B) e di:
 - B1) ampliare lo svolgimento di attività dei Servizi medico-psicologici fuori dalle ore di ufficio e anche durante i giorni festivi (sabato, domenica e infrasettimanali);
 - B2) predisporre due Centri psico-educativi (CPE), uno per il Sopraceneri e uno per il Sottoceneri, in modo da poter accogliere i casi acuti di adolescenti.

Per quanto concerne la mozione del 26 settembre 2005 "Per un potenziamento del Servizio medico-psicologico sul territorio" oggetto del Messaggio n. 5771 del 29 marzo 2006, ricordiamo che al termine della discussione in Gran Consiglio, è stata ritirata.

2. Valutazione delle altre misure richieste

Le due richieste formulate dal Parlamento al Consiglio di Stato hanno dovuto essere approfondite per valutare come si sarebbe potuto metterle in atto.

- B1) *Ampliare lo svolgimento di attività dei Servizi medico-psicologici fuori dalle ore di ufficio e anche durante i giorni festivi (sabato, domenica e infrasettimanali)*

Introduzione

Per ciò che concerne la richiesta di ampliare gli orari di attività, in primo luogo è necessario distinguere lo svolgimento dell'attività di presa a carico dagli interventi d'urgenza medico-psichiatrica. Con gli effettivi attuali, l'attività degli SMP al di fuori degli orari di ufficio e nei giorni festivi non potrebbe garantire in ogni caso un intervento in urgenza quale Pronto soccorso psichiatrico perché il Servizio medico-psicologico non ha le peculiarità per assumerlo.

Un ampliamento dell'apertura degli SMP a quest'ultimo fine come richiesto dal Parlamento richiederebbe almeno 8 unità di personale supplementare con un costo totale di fr. 1.20 mio al lordo, fr. 0.8 mio al netto. Risulterebbe perciò sproporzionato instaurare un vero e proprio funzionamento continuativo dei servizi per assumere un numero, tutto sommato, esiguo di vere e proprie urgenze pedopsichiatriche, dunque situazioni non conosciute e non già prese a carico dal SMP. Per queste urgenze si sono intraviste altre possibilità che verranno presentate successivamente.

La presa a carico psicosociale

Per ciò che concerne l'attività di presa a carico psicosociale, è utile evidenziare che gli SMP offrono già da molto tempo degli orari di consultazione di gran lunga più ampi che quelli abituali degli uffici dello Stato per venire incontro alle esigenze soprattutto delle famiglie, ma anche dei singoli minorenni. Per esempio quando si tratta di evitare l'orario scolastico o di facilitare la presenza alle sedute familiari dei genitori attivi professionalmente ai quali non viene facilmente concesso congedo dal datore di lavoro. Quest'ampliamento dell'attività trova comunque il suo limite negli orari di vita familiare che in linea di massima devono essere rispettati e non è perciò possibile estenderli a piacimento. Si può affermare che, nell'insieme, queste possibilità sono già sfruttate per ciò che concerne gli spazi di consultazione psichiatrica e psicologica/psicoterapeutica che vengono concordati generalmente su appuntamento.

Va comunque fatto notare che il lavoro fuori dall'orario scolastico o di lavoro non costituisce sempre il quadro ideale. Ci sono al contrario delle situazioni in cui gli obiettivi terapeutici esigono l'attribuzione di priorità alla psicoterapia di fronte alle esigenze quotidiane, ivi inclusa la scuola. In ultima analisi, la scelta dell'organizzazione dipende dalla situazione clinica. Questo è ciò che si fa già attualmente.

Dato il fatto che in buona sostanza le aspettative in merito agli orari sono soddisfatte, la realizzazione degli obiettivi sopraccitati non dovrebbe comportare delle spese supplementari. Fanno eccezione i servizi più piccoli in cui l'organizzazione di turni per poter rispondere adeguatamente alle chiamate (sia a livello di segretariato, sia a quello degli operatori stessi) comporta comunque dei problemi, in particolare se si tiene conto che il lavoro terapeutico con l'utenza non ammette contemporaneamente la ricezione di chiamate telefoniche. L'esiguità dell'organico in certi servizi rischia di porre un limite all'obiettivo della reperibilità. Si dovrebbe pertanto porre rimedio a queste situazioni.

In definitiva, sul fronte degli orari d'apertura, per rispondere alle esigenze formulate nel rapporto di maggioranza, la maggior parte dell'organizzazione degli SMP rispetta già queste esigenze e poco resta da fare: organizzare un orario di ricezione telefonica più ampio, stabilito e garantito, (segretariato) dalle 8h00 alle 12h00 e dalle 13h30 alle 18h00, garantire la rispondenza da parte degli operatori clinico-sociali a breve termine. Questo anche per garantire una maggiore reperibilità immediata a favore degli altri operatori dell'area socio-sanitaria e sociale. Questa soluzione non causa aumenti di costi.

La presa a carico socio-educativa

Relativamente al lavoro da effettuare sul territorio tramite l'operatore psico-socio-educativo (cioè un lavoro nei luoghi dove si trovano i giovani normalmente: lavoro/famiglia/luoghi di svago), al fine di agevolare l'accesso alle cure, è importante garantire una grande flessibilità di orari anche durante i momenti tipicamente del "tempo libero". Gli interventi eseguiti dal personale socio-educativo degli SMP dell'OSC, a seconda del bisogno a breve termine, sono atti a completare l'attività di consultazione classica (al servizio) in modo funzionale (fuori dal servizio, nel territorio, per esempio a domicilio) e possono permettere di coprire una gran parte dei bisogni medio-urgenti.

Incrementando il personale socio-educativo degli SMP, che può intervenire regolarmente al di fuori degli orari di ufficio, sarà possibile estendere il lavoro di rete a favore dei giovani e delle loro famiglie fornendo un aiuto valido. Questo personale collaborerà con i servizi sul territorio, in particolare con gli operatori sociali dei comuni visto che un numero sempre maggiore di enti locali ha deciso di assumere queste figure professionali per affrontare il tema del disagio giovanile.

L'operatore SMP costituirebbe un'occasione di avvicinamento dei giovani in un'ottica preventiva senza comunque rappresentare una vera e propria presa a carico socio-sanitaria che potrebbe comunque avere luogo successivamente qualora se ne presentasse la necessità. Questa nuova offerta si inserisce anche nelle proposte formulate dal Gruppo operativo presieduto dal PP Antonio Perugini "Giovani, violenza, educazione" nel primo rapporto del maggio 2008 (proposta n. 8, pag. 32).

Per questa prestazione sono previsti quattro ulteriori operatori sociali, uno per ogni SMP. Essi comportano una spesa di fr. 460'000.-- al lordo ed al netto.

B2) Predisporre due Centri psico-educativi (CPE), uno per il Sopraceneri e uno per il Sottoceneri, in modo da poter accogliere i casi acuti di adolescenti

Dalle valutazioni svolte, aprire due CPE per accogliere -anche in internato- gli adolescenti in difficoltà avrebbe un costo di almeno fr. 2.0 mio al lordo, fr. 1.2 mio al netto, perché questa nuova offerta necessiterebbe di almeno 15 unità di personale per una dozzina di utenti. Un preventivo definitivo potrebbe essere svolto più nel dettaglio qualora si definisse esattamente la casistica che dovrebbe beneficiare di questa nuova offerta e la relativa necessità di internato.

Si ritiene che il costo finale sia però superiore a quanto indicato precedentemente perché un internato 24h/24h per 365 giorni all'anno richiede 5 unità di personale solo per la sua apertura senza considerare le prestazioni socio-sanitarie ed educative.

3. Conclusioni

La messa in atto delle opzioni che precedono avrebbe comportato un aumento della dotazione degli SMP (+ 12 unità: 8 per ampliare gli orari di apertura, 4 per l'attività socio-educativa di cui al punto B1) e dei CPE (+ 15 unità) di almeno 27 unità di personale con un costo di fr. 3.66 mio al lordo, fr. 2.46 mio al netto. Dopo aver proposto questi nuovi compiti nelle Linee direttive e nel Piano finanziario 2008-2011 nonché dopo averle rivalutate anche nel quadro del risanamento delle finanze cantonali, si è optato per un loro riesame che ha portato alle seguenti nuove opzioni:

- Per le urgenze psichiatriche immediate si propone di far capo ai servizi di primo intervento, in particolare al Pronto Soccorso degli ospedali regionali dell'EOC e ai loro consulenti psichiatrici che fanno una prima valutazione. Potranno, a loro volta, far capo al reparto di Pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano (ORL), Sede Civico. Esso garantisce l'ammissione di giovani in situazione di grave disagio pedo-psichiatrico dedicando un letto a questa speciale casistica. In caso di effettiva necessità, può essere messo a disposizione un numero maggiore di letti.
- Esiste la possibilità di riferirsi agli specialisti in pedopsichiatria del SMP di Lugano che collaborano da alcuni anni con il reparto di pediatria ORL per i giovani affetti da disturbi alimentari. Ultimamente la collaborazione è stata allargata anche alla presa a carico di giovani con altri disturbi psichici gravi. Tuttavia, ora non esistono ancora le condizioni

per poter accogliere una vasta gamma di disturbi, sia a causa della struttura muraria e logistica, sia per la dotazione di personale disponibile. È allo studio un rafforzamento di questo progetto di collaborazione al quale l'OSC ha dedicato 0.5 unità di medico assistente attingendo al suo contingente di personale. Questa attribuzione è limitata ad un anno. Un altro 0.5 dovrebbe essere messo a disposizione da parte dell'ORL.

Qualora il progetto venisse confermato sarà necessario prevedere il consolidamento di questo posto per garantire la continuità terapeutica auspicata fra la struttura stazionaria ed il Servizio medico-psicologico. Il costo è di fr. 0.07 mio al lordo e fr. 0.04 mio al netto.

- L'incremento della presa a carico socio-educativa per il tramite di quattro ulteriori operatori sociali, uno per ogni SMP con una spesa di fr. 0.46 mio al lordo ed al netto.

Le altre proposte inserite nelle Linee direttive e nel Piano finanziario 2008-2011 sono state per il momento sospese.

4. Progetti di altri enti dell'area sociale a favore degli adolescenti

La pianificazione delle attività dell'OSC deve tenere conto delle attività degli altri enti che lavorano per la popolazione minorile in difficoltà e dei loro progetti.

Vanno menzionate brevemente le iniziative che sono in fase di progettazione da parte dell'Ufficio delle famiglie e dei minorenni (UFAM) della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie.

1. È stato allestito uno studio di fattibilità per una struttura di accoglimento per adolescenti in cui sarebbe possibile collocare dei minorenni con importanti problemi comportamentali. Si tratta di casi che sfuggono ad altre misure d'appoggio e che non potrebbero essere contenuti a sufficienza nelle strutture già esistenti di accoglienza. L'obiettivo fissato è quello di offrire un luogo in cui possono essere accolti, seguiti da vicino, contenuti nei loro movimenti, dove la loro tendenza ai passaggi all'atto può essere inquadrata e in cui è possibile realizzare un periodo di time-out. Benché impegnata in una casistica con disturbi maggiori, non sarebbe intesa come struttura terapeutica.

Relativamente alle prestazioni dell'OSC, una tale struttura non risolverebbe ancora il problema legato alla mancanza di una struttura residenziale psichiatrico-terapeutica per adolescenti.

2. Un secondo progetto riguarda la creazione di una struttura di accoglimento a "bassa soglia". Si tratta di offrire un habitat stabile a giovani persone con difficoltà importanti per le quali dei programmi di riabilitazione sociale non possono essere presi in considerazione; persone che passano da una soluzione abitativa precaria ad un'altra. Si prevede la gestione e l'accompagnamento di questo tipo di collocamenti da parte di personale in grado di accogliere delle domande d'aiuto specifiche e di indirizzarle agli enti preposti.
3. Un terzo progetto in atto è il "mentoring" avviato nella regione di Locarno a livello sperimentale. Si tratta di un accompagnamento di giovani in difficoltà nell'ambito della loro quotidianità da parte di persone che non sono operatori dei servizi, ma che dispongono di un'esperienza personale sufficiente, e che beneficerebbero di una formazione ad hoc.

D. Diritti dei pazienti, ricoveri coatti e contenzione

1. Il progetto di revisione del diritto di tutela e la legislazione sociopsichiatrica ticinese

Da un profilo generale si può senz'altro valutare positivamente il progetto di revisione del diritto di tutela a livello federale. Istituisce varie e differenziate forme di curatela rispettose del principio di proporzionalità nonché autorità di protezione degli adulti aventi caratteristiche giudiziarie. Per quanto attiene al campo medico e psichiatrico, il progetto è animato dal positivo intento di incrementare l'autonomia del paziente istituendo, tra l'altro, le "direttive anticipate dal paziente"; è inoltre creata una base legale formale per le terapie coatte (art. 434 e 435) e per la prima volta vengono proposte norme particolari concernenti il "soggiorno in un istituto d'accoglienza o di cura" e relative all'obbligatorietà di un contratto di assistenza scritto, alla contenzione (cui sono poste condizioni materiali e formali rigorose: art. 438) e alla vigilanza sui singoli istituti. Tuttavia, la dottrina che si è occupata specificamente degli aspetti del progetto relativi alla psichiatria ha sollevato precise e pertinenti critiche. Esse riguardano in particolare: l'insicurezza giuridica ingenerata dalla complessità, e soprattutto dalla possibilità di sovrapposizione, dei summenzionati strumenti; la sostituzione del criterio vigente della capacità di discernimento (art. 16 CCS) con quello della capacità di comprendere la necessità del trattamento (art. 434 cpv. 1 del progetto, ciò che potrebbe permettere al medico capo del reparto psichiatrico di evincere l'opposizione ad una terapia di un paziente semplicemente considerandola espressione dell'incapacità di quest'ultimo di apprezzare quanto gli viene proposto); l'opinabile classificazione dei pazienti in funzione dell'infermità da cui sono affetti (psichica o somatica), del modo di ammissione (volontario o coatto) o del carattere dell'istituzione (ospedale o istituto di accoglienza).

In sostanza, il progetto, nel momento stesso in cui istituisce strumenti suscettibili di salvaguardare l'autonomia della persona quando è (ancora) capace di discernimento, e sembra quindi voler abbattere le barriere che discriminano e stigmatizzano il paziente psichiatrico, propone, quasi surrettiziamente, in alcuni capoversi apparentemente marginali, disposizioni particolari suscettibili di eludere totalmente il progresso che avrebbe potuto essere compiuto: un esempio tipico è rappresentato dall'art. 433 cpv. 3, che testualmente prevede per la "cura di disturbi psichici" che la volontà anticipatamente espressa dal paziente non è sostanzialmente determinante.

L'adozione della revisione del diritto federale imporrà un importante adeguamento della LASP.

2. Ricoveri coatti e Commissione giuridica LASP

L'apertura anche presso la Clinica Santa Croce di Orselina di posti letto destinati a persone ricoverate contro la propria volontà, ha comportato l'inevitabile riposizionamento operativo delle figure e delle istanze previste dalla LASP a protezione dei diritti dei pazienti.

E' il caso in particolare della delegata di Pro Mente Sana (che, ai sensi dell'art. 43 LASP, assicura ai pazienti la propria mediazione nei confronti delle autorità) e della Commissione giuridica LASP (art. 13, 14 e 15 LASP).

Per la Commissione giuridica LASP (che ha trattato e evaso 106 ricorsi nel 2005, 141 nel 2006 e 127 nel 2007) il Consiglio di Stato ha accolto la richiesta (Risoluzione n. 4947 del

30 settembre 2008) di una riorganizzazione e un potenziamento tale da permetterle di dare seguito ai ricorsi dei pazienti psichiatrici di tutto il Cantone in tempi brevi e rispettosi dei loro diritti e delle loro aspettative. Visto che l'audizione dei ricorrenti a Mendrisio poneva seri problemi di trasferta per i pazienti della Clinica Santa Croce, si è proceduto alla nomina di tre supplenti che si occupano unicamente dei ricorsi dei pazienti ammessi a Orselina.

3. La Commissione contenzione della CPC

In merito al rispetto e alla tutela dei diritti dei pazienti psichiatrici, del tutto in sintonia con quanto previsto e voluto dalla LASP e su mandato del Consiglio psicosociale cantonale, nell'agosto del 2004 la CPC ha costituito una sua Commissione contenzione della quale fa parte, oltre al personale della Clinica, anche un rappresentante della Fondazione Svizzera Pro Mente Sana, attualmente il Prof. Marco Borghi.

Scopo di questa Commissione è quello di studiare ed analizzare i dati quantitativi raccolti quotidianamente in CPC al fine di sensibilizzare il personale medico ed infermieristico sul tema della contenzione ed ovviamente anche con l'obiettivo di individuare correttivi che permettano di incidere positivamente sull'effettivo ricorso alle misure contenitive, in particolare alla contenzione fisica.

Inoltre, da ormai diversi anni in CPC tutto il personale è tenuto a frequentare un corso di formazione alla "Gestione dell'aggressività", della durata di una settimana, analogamente a quanto avviene in altre cliniche psichiatriche svizzere.

Sicuramente anche questo costante lavoro di formazione del personale ha contribuito a diminuire il numero di pazienti contenuti. Tra il 2005 ed il 2007 si registra una riduzione dei casi del 40%. Pure ridotta risulta la durata dell'applicazione di misure di contenzione fisica. Ciò che conferma che quanto intrapreso va nella giusta direzione benché l'analisi si è potuta svolgere solo nel breve periodo non essendoci una raccolta dati sufficiente per esaminare gli anni precedenti.

Più precisamente:

- i pazienti contenuti sono stati 210 nel 2005, 176 nel 2006 e 126 nel 2007 (909 ammessi nel 2005, rispettivamente 926 e 902 gli ammessi nel 2006 e 2007);
- di questi ricoveri, quelli con una contenzione di un giorno o superiore a un giorno sono diminuiti. In valori assoluti l'evoluzione dei casi è la seguente: 92 persone nel 2005, 48 persone nel 2007. In base alla tendenza questo dato sarà ancora migliorato nel 2008.

Per quanto riguarda invece i pazienti coatti ricordiamo ancora come in CPC ci si trovi confrontati con un elevato numero di ricoveri coatti. Tuttavia negli ultimi anni anche questa casistica registra una diminuzione: 47.6% nel 2005, 41% nel 2007.

La Commissione contenzione ha ovviamente più volte discusso -e continuerà a farlo- dell'applicazione di possibili altre misure concrete per la CPC al fine di ridurre ulteriormente il ricorso alla contenzione fisica. Fra queste si è fatto ricorso al collocamento in "camere sicure" create in CPC nel 2007, di cui ha però potuto beneficiare solo un numero esiguo di pazienti. E' pure stata valutata la possibilità di disporre di un'équipe medico-infermieristica ad hoc, chiamata ad intervenire in urgenza in tutte quelle situazioni a rischio e che potrebbero altrimenti comportare il ricorso a misure di contenzione. Una soluzione di questo tipo comporterebbe tuttavia un potenziamento del personale.

A oltre quattro anni dalla sua istituzione in CPC, il CPSC ha valutato positivamente l'operato della Commissione contenzione.

4. Lo studio sulla contenzione

D'altra parte, dopo quattro anni di questa esperienza, il Consiglio psicosociale cantonale, la Direzione dell'OSC, la Commissione contenzione e la Fondazione Svizzera Pro Mente Sana hanno rilevato la necessità di approfondire maggiormente dal punto di vista scientifico il lavoro svolto e di proporre quindi uno studio sul tema della contenzione fisica ed ambientale in psichiatria. Questo argomento è stato di conseguenza inserito nelle Linee direttive e nel Piano finanziario 2008-2011. Gli Enti e gli organismi citati hanno pure preso contatto (giugno 2008) con i collaboratori del Dipartimento Sanità della SUPSI per verificare la possibilità da parte loro di svolgere un studio in questo ambito.

L'analisi proposta si articolerebbe su due livelli.

- La prima parte del progetto intende ricostruire una "mappa" dei percorsi e delle filiere che, secondo modalità diverse e in ambiti istituzionali diversi, portano più facilmente e più spesso ad azioni di contenzione. Si tratta di evidenziare, analizzare e valutare tali percorsi. L'ipotesi è che alcune caratteristiche personali cliniche dei pazienti, così come alcuni percorsi precedenti la loro ammissione nelle strutture psichiatriche stazionarie abbiano un'influenza sull'attuazione di misure contenitive nei loro confronti. E' allora importante capire se e in che misura le diverse forme di contenzione, spesso legate a circostanze contingenti e puntuali, potrebbero essere indotte non solo dalle pratiche delle strutture stesse ma anche dalla scarsa disponibilità di percorsi alternativi all'ammissione. Percorsi alternativi offerti al paziente e all'inviante, che -nella situazione attuale- vede quasi sempre ancora un ricovero in CPC quale unica soluzione possibile. Ed è pertanto già fin d'ora interessante rilevare quali siano gli operatori e le istanze che più spesso decidono del ricovero in CPC di un paziente, perchè è forse in primo luogo con loro che sarà utile e necessario riflettere a possibili strategie alternative. Ebbene, la maggior parte dei pazienti ricoverati anche coattivamente in CPC provengono dai reparti e dai Pronto soccorso degli ospedali generali del cantone, soprattutto ovviamente dagli ospedali dell'EOC (il 26.4% dei pazienti ammessi nel 2005, il 23.3% nel 2006, il 24.2% nel 2007). Da parte loro, i Servizi ambulatoriali dell'OSC hanno ricoverato il 19.2% dei pazienti ammessi nel 2005; il 15.5% nel 2006 e il 15.1% nel 2007. In terza posizione troviamo gli psichiatri con studio privato, che hanno ospedalizzato il 14.7% dei pazienti ammessi nel 2005, il 14.2% dei pazienti ammessi nel 2006 e il 10.8% dei pazienti ammessi nel 2007.
- La seconda parte del progetto intende indagare le opinioni, i sentimenti e le valutazioni delle persone coinvolte nella contenzione, vale a dire dei due soggetti implicati: il paziente, che in una forma o in un'altra subisce la contenzione, e l'operatore, che in una forma o in un'altra esercita la contenzione. L'ipotesi è che i vissuti degli uni e degli altri siano contraddistinti -verosimilmente con sfumature diverse- da sofferenza, paura ed incertezza. E' plausibile che questi effetti -in particolare la sofferenza e la paura- si manifestino ad intensità diversificate, sia sul paziente che sull'operatore, in funzione delle circostanze e delle modalità della contenzione.

Si ricorda, a proposito del ricorso alla contenzione negli ospedali acuti del Cantone, la mozione inoltrata al Consiglio di Stato il 2 giugno 2008 dalla Commissione speciale sanitaria, mozione con cui si invita il Consiglio di Stato a realizzare uno studio volto a:

- “1) Rilevare in modo qualitativo e quantitativo le contenzioni messe in atto in tutti gli istituti di cura acuti del Cantone in un periodo di riferimento di un anno;*
- 2) Verificare il livello di formazione del personale sanitario coinvolto in questi tipi di presa a carico;*
- 3) Assicurare l'adeguatezza del personale nei vari reparti, in termini di numero e di qualifica professionale;*
- 4) Presentare un bilancio del rilevamento effettuati e le relative eventuali proposte”.*

Sarà evidentemente opportuno disporre di una metodologia coordinata ed uniforme per la verifica e l'analisi dei diversi tipi di strutture (somatica e psichiatrica).

E. Prestazioni per pazienti adulti (CPC, SPS e CD)

1. Introduzione

Nel suo rapporto di maggioranza dell'11 gennaio 2007 sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008, successivamente adottato dal Gran Consiglio, la Commissione speciale sanitaria ha chiesto al Consiglio di Stato (cap. 13.2, pag. 26) di:

- A) riesaminare il ruolo degli SPS in modo di assicurare un'adeguata prevenzione e la continuità terapeutica dopo le dimissioni dalle strutture stazionarie;
- B) rivedere la dotazione degli effettivi della CPC in modo da ridurre la contenzione e potenziare i diritti dei pazienti;
- C) aprire i Centri diurni anche fuori degli orari d'ufficio e durante i giorni festivi (sabato, domenica, festivi infrasettimanali);
- D) predisporre norme per favorire l'assunzione da parte di aziende pubbliche e private di persone con disagi psichici.

2. Valutazione delle misure richieste

Alla luce di queste richieste, si è resa necessaria un'analisi approfondita per valutare le possibili varianti che avrebbero permesso di dar loro seguito. Si è successivamente proceduto anche al relativo calcolo dei costi.

- A) *Riesaminare il ruolo degli SPS in modo di assicurare un'adeguata prevenzione e la continuità terapeutica dopo le dimissioni dalle strutture stazionarie*

Per questa proposta è in primo luogo necessario precisare che non si tratta di garantire il Pronto soccorso psichiatrico. Questa richiesta è stata valutata nell'ottica della garanzia della presa a carico di utenti che fanno già capo all'OSC per garantire loro le prestazioni necessarie.

Per le urgenze invece si propone di mantenere l'organizzazione attuale che fa capo ai pronti soccorsi degli ospedali regionali EOC nonché, per il Sottoceneri, al picchetto di II livello OSC e, per il Sopraceneri, al personale della Clinica Santa Croce di Orselina per la Carità di Locarno ed a consulenti privati per il San Giovanni di Bellinzona.

Si sono valutate quindi le seguenti opzioni di nuova offerta di prestazioni per i pazienti adulti ed anziani:

- A1) Apertura degli SPS al di fuori degli orari di ufficio nei giorni infrasettimanali e nei fine settimana.

Visto che per le urgenze psichiatriche non si fa capo direttamente agli SPS, questa prestazione avrebbe solamente quale risultato una maggiore reperibilità del personale degli SPS per gli utenti che già fanno capo al Servizio. L'ampliamento dell'apertura degli SPS richiesto dal Parlamento richiederebbe 12.2 unità di personale supplementare con un costo di fr. 1.5 mio al lordo, fr. 1.0 mio al netto.

- A2) Apertura di un minimo di 3 letti, un massimo di 5 letti, presso due ospedali regionali EOC, quindi un minimo di 6 letti e un massimo di 10.

Questi letti avrebbero quale scopo di permettere di procedere a delle valutazioni per i casi per i quali un ricovero immediato in CPC non sia chiaramente necessario. Inoltre, questi letti, potrebbero permettere di assorbire quelle degenze brevi che ora inevitabilmente vengono inviate alle strutture psichiatriche stazionarie. La degenza sarebbe di tre/cinque giorni al massimo ed i pazienti sarebbero seguiti da personale OSC specializzato in psichiatria.

Per questa prestazione si è quantificata la necessità di 12 unità di personale supplementare con un costo lordo di fr. 1.45 mio, fr. 0.8 mio al netto.

- A3) Sostegno a strutture intermedie, in particolare a Casa Sirio a Breganzona acquisita dall'omonima Fondazione ad inizio 2006

Per questa prestazione, si proponeva di aumentare di una unità la dotazione di personale presso la Direzione del Settore OSC del Sottoceneri (0.5 infermiere psichiatrico, 0.5 operatore sociale) per garantire la continuità fra la Casa ed il Servizio psico-sociale (SPS). Inoltre vi sono altri due progetti (Chiasso e Muralto) per i quali non si è proceduto alla valutazione delle necessità di sostegno sociopsichiatrico.

Il costo preventivato è di fr. 0.11 mio al lordo ed al netto.

- A4) Incremento della consulenza sociale in CPC

Questa nuova offerta avrebbe quale scopo la facilitazione delle dimissioni dalla CPC con un intervento accresciuto da parte dell'assistente sociale che collaborerebbe con la rete sociale e con gli SPS.

Il costo sarebbe di fr. 0.12 mio al lordo, fr. 0.07 mio al netto per un tempo pieno di assistente sociale supplementare in CPC.

A fronte di queste proposte, che avrebbero comportato un aumento della dotazione del personale OSC di 26.2 unità con un costo totale lordo di fr. 3.18 mio, fr. 1.98 al netto, e dopo aver inserito queste proposte nelle Linee direttive e nel Piano finanziario 2008-2011 (Nuovi compiti) nonché dopo averle rivalutate anche nell'ottica del risanamento delle finanze cantonali, si è proposto di inserire nel Preventivo 2009 l'apertura a titolo sperimentale di 3/5 letti presso un ospedale regionale EOC -si è ipotizzato l'ORL, sede Civico dal 2009- a seguito dell'esperienza già acquisita nel campo della psicologia medica e della psichiatria di liaison per il tramite del SPPM creato dieci anni orsono.

Il personale necessario è stato quantificato in 6 unità con un costo di fr. 0.862 mio al lordo, fr. 0.5 mio al netto. Sono in corso valutazioni con l'Ospedale regionale di Lugano (ORL) per valutare la migliore soluzione organizzativa per questa prestazione. Esistono infatti alcune varianti che devono essere approfondite e verificate prima di decidere l'assetto definitivo del progetto e quindi l'attribuzione delle risorse dedicate a questa nuova offerta di cura.

Un ulteriore miglioramento della presa in carico dei pazienti potrebbe essere rappresentata dal settore privato della psichiatria adulti. Esso potrebbe svolgere un lavoro di prevenzione qualora potesse essere maggiormente coinvolto nei programmi di collaborazione specialistica in rete con il settore pubblico. Secondo gli specialisti attivi nel

campo, il territorio cantonale ticinese presenta oggi una carenza di operatori psichiatrici con pratica ambulatoriale privata.

Questa risorsa supplementare potrebbe svolgere un ruolo significativo nella prevenzione secondaria con la presa a carico di situazioni di patologia incipiente.

Per le altre richieste, in particolare l'apertura degli SPS (A1), si è optato per proporre una fascia di apertura più ampia (8.00-12.00 / 13.30-18.00) per permettere agli operatori della rete di poter far capo maggiormente agli SPS. Per l'utenza questo non ha una grande influenza perché si opera tramite appuntamento. Questa variante non provoca costi supplementari.

Per le strutture intermedie (A3), si è deciso di far capo a risorse già presenti in OSC che sono state trasferite alla Direzione del Settore OSC del Sottoceneri, per garantire la continuità terapeutica con Casa Sirio. Per gli altri due progetti, si attende la loro definizione prima di poter quantificare una eventuale necessità di risorse supplementari da dedicare a queste nuove esperienze.

Si ritiene comunque che per garantire un'adeguata dotazione di personale per Casa Sirio sia necessario aumentare di un'unità agli effettivi (0.5 infermiere in salute mentale e 0.5 operatore sociale) che potranno pure collaborare con gli altri progetti sul territorio cantonale. Il costo è di fr. 0.11 mio al lordo ed al netto.

Si propone anche di mantenere la proposta di incrementare la consulenza sociale per i pazienti della CPC (A4) per migliorare la fase della dimissione dalla Clinica ed il reinserimento sul territorio in collaborazione con la rete sociale e gli SPS. Il costo previsto è di fr. 0.12 mio al lordo, fr. 0.07 al netto. Tramite questa prestazione si intende pure incrementare la collaborazione con le case per anziani e con i reparti di geriatria per i pazienti del reparto di psicogeriatría CPC.

B) *Rivedere la dotazione degli effettivi della CPC in modo da ridurre la contenzione e potenziare i diritti dei pazienti*

Per dare seguito a questa richiesta, si era ipotizzata la creazione di un'équipe apposita che si sarebbe occupata anche dei pazienti contenuti in CPC presso le altre équipes.

Questa proposta, che avrebbe richiesto 11 unità di personale supplementare, con un costo di fr. 1.0 mio al lordo, fr. 0.7 mio al netto, è stata accantonata per i seguenti motivi:

- La contenzione in CPC, dopo l'istituzione della Commissione contenzione nel 2006, è diminuita in modo significativo (vedi scheda D).
- Si è avviato un progetto chiamato "Mendrisiotto" che permetterà di valutare e studiare i percorsi degli utenti da e per la CPC integrando maggiormente il lavoro in Clinica e quello sul territorio. Da questo progetto dovrebbero emergere le problematiche che portano più spesso ed eventualmente in modo improprio ai ricoveri coatti ed alla contenzione.
- Si è elaborato un protocollo di ricerca che verrebbe svolto con la SUPSI (DSAN) che studi e confronti le diverse forme di contenzione nelle strutture stazionarie nel nostro Cantone nonché il vissuto del personale e dei pazienti. A questo proposito, si attende la risposta del Consiglio di Stato alla mozione 2 giugno 2008 "Studio della contenzione negli ospedali acuti in Ticino" del deputato Malacrida e cofirmatari per la Commissione speciale sanitaria. A dipendenza dell'esito di questa mozione, il pro-

getto potrà essere adeguato alle decisioni degli organi politici. Per la ricerca sulla contenzione in psichiatria si prevede un costo di fr. 0.12 mio per un mandato di ricerca del Dipartimento della sanità e della socialità alla SUPSI (DSAN).

C) *Aprire i Centri diurni anche fuori degli orari d'ufficio e durante i giorni festivi (sabato, domenica, festivi infrasettimanali)*

Questa proposta, che era già stata inserita nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 (scheda n. 10) è stata ripresa nel quadro delle Linee direttive del Piano finanziario 2008-2011 ed è stata inserita nel Preventivo 2009. Per meglio valutare l'effettiva necessità di questa nuova offerta di prestazioni, si è proceduto con delle aperture dei CD la domenica, dapprima nel Sopraceneri e successivamente anche nel Sottoceneri. I risultati sono stati positivi con una presenza significativa di utenti. Per il momento, a causa delle carenti risorse umane a disposizione, le aperture domenicali dei CD sono state sporadiche.

Il costo, stimato in fr. 0.2 mio al lordo ed al netto, corrisponde all'assunzione di due unità di infermieri con specialità nel quadro del personale attribuito agli SPS che avranno il mandato di aprire i quattro Centri diurni OSC (Mendrisio, Lugano, Locarno e Bellinzona) nei fine settimana ed i festivi.

D) *Predisporre norme per favorire l'assunzione da parte di aziende pubbliche e private di persone con disagi psichici*

Il quadro legale in questo ambito non concerne specificatamente i compiti del Consiglio psicosociale cantonale. E' utile però rilevare che, con l'entrata in vigore della 5a revisione LAI, l'Assicurazione invalidità mette a disposizione una paletta di prestazioni che hanno lo scopo di intervenire precocemente all'insorgenza della malattia per contenere i danni alla salute e quindi promuovere la reintegrabilità delle persone. In questo senso, il CARL (vedi scheda F) ha creato un progetto "Giovani" che è stato riconosciuto dall'Ufficio AI, con il quale si intendono fornire prestazioni per la reintegrazione precoce di persone in situazione di disagio psichico. Questo dovrebbe permettere loro di trovare un lavoro più facilmente rispetto ad ora.

Inoltre, la Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI) prevede già questo tipo di prestazioni per tutte le persone che sono in situazione di disagio e non solo per i casi psichici.

Non si è quindi ritenuto necessario promuovere delle norme particolari ma piuttosto si caldeggia che quelle esistenti vengano utilizzate.

3. Conclusioni

Per migliorare la presa in carico degli utenti adulti ed anziani si propone quindi:

- Di modificare gli orari di reperibilità degli SPS allargando la fascia dalle 8.00 alle 12.00 e dalle 13.30 alle 18.00 senza costi.
- Di aprire 3/5 letti psichiatrici presso un ospedale regionale EOC a titolo sperimentale. Si ipotizza di aprirli all'Ospedale Civico di Lugano (OCL). Dopo questa prima esperienza e la conseguente valutazione, qualora l'offerta di questa prestazione migliorasse significativamente la possibilità di presa in carico dei pazienti, si proporrà l'apertura di ulteriori 3/5 letti in un ospedale regionale sopracenerino. Costo lordo iniziale: fr. 0.862 mio, netto fr. 0.5 mio (6 unità di personale). Qualora l'offerta venisse allargata al Sopraceneri, la

dotazione necessaria dovrà essere adeguata con un costo di fr. 1.45 mio al lordo, fr. 0.8 mio al netto. Questa proposta è già inserita nel Preventivo 2009.

- Di aprire i Centri diurni (CD) anche i fine settimana ed i festivi infrasettimanali. Costo lordo e netto fr. 0.2 mio (2 unità di personale infermieristico con specialità). Anche questa proposta è già inserita nel Preventivo 2009.
- Di procedere ad una ricerca tramite il DSAN della SUPSI sulla contenzione. Costo lordo e netto fr. 0.12 mio.
- Di incrementare di una unità di assistente sociale la dotazione di personale della CPC. Costo lordo fr. 0.12 mio, netto fr. 0.07 mio.

F. Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)

1. Premessa

Inizialmente, dopo la sua creazione, il CARL ha risposto principalmente alle necessità evidenziate dalla ristrutturazione attuata con la separazione in CPC e CARL dell'ex ONC nel 1994: *"dare una casa (in una struttura educativa e demedicalizzata) a persone degenti da lungo tempo nell'allora Ospedale neuropsichiatrico cantonale"*.

Questi ospiti del CARL, abitanti in Casvegno da decenni, hanno senza dubbio trovato una sistemazione più consona alle loro esigenze, tale da migliorare la loro qualità di vita.

Negli anni però le nuove segnalazioni hanno portato al CARL anche persone con richieste e situazioni diverse. Ospiti più giovani, con soggiorni istituzionali più brevi, per i quali deve essere possibile ipotizzare anche progetti che portino all'uscita dal CARL. Queste dimissioni sul territorio potrebbero avvenire verso appartamenti protetti, altri istituti o il rientro a domicilio.

Per fare questo, oltre a proporre interventi che aumentino l'autonomia e le competenze degli ospiti, sarà evidentemente necessario rivedere e coltivare la collaborazione con i servizi esterni quali ad esempio i servizi ambulatoriali OSC, i Centri diurni e il Reparto di riabilitazione della Clinica psichiatrica cantonale nonché con i tutori, gli altri istituti, gli appartamenti protetti.

Il CARL dovrà quindi assumere nei prossimi anni almeno due funzioni:

- da una parte continuare a proporsi come struttura adatta a rispondere ai bisogni della popolazione anziana (vedi capitolo Psicogeriatrica) o per quei pazienti che necessitano di interventi di sostegno importanti in quanto, oltre alla patologia psichiatrica, manifestano importanti deficit fisici (in questo senso sono stati avviati contatti con l'Ufficio invalidi)
- dall'altro rispondere alle nuove esigenze che il territorio manifesta (vedi Progetto giovani e nuova impostazione del CARL anche come struttura di passaggio e non esclusivamente come struttura "definitiva").

In questo senso assume grande rilevanza l'apporto richiesto ai Laboratori che dovranno diventare sempre più occasione di osservazione, valutazione e inserimento oltre che possibilità di occupazione.

Un interrogativo che rimane da sciogliere riguarda il collocamento presso il CARL di quelle persone che, a seguito della loro dipendenza da alcol malgrado i vari tentativi terapeutici effettuati, non trovano altre risposte sul territorio. Sarà quindi opportuno valutare se il CARL sia la soluzione adeguata oppure se non sia più opportuno che altri Enti più specializzati in questo ambito possano assumere questo mandato.

E' utile ricordare inoltre che, dopo la certificazione del sistema di gestione della qualità secondo le norme UFAS/AI 2000 ottenuta nel 2002, è prevista (nel 2009) la certificazione del CARL secondo le norme ISO 9001:2008 analoga a quella ottenuta dalla CPC nel corso del 2008. Questo permetterà di avere un'unica certificazione per i servizi stazionari OSC a Mendrisio/Casvegno.

Si procederà anche alla richiesta di autorizzazione d'esercizio analogamente agli istituti sussidiati dalla Legge sull'integrazione socio-professionale degli invalidi (LISPI). Questa procedura non avrà influenze sugli aspetti finanziari ma permetterà al CARL di essere a tutti gli effetti nella rete dei servizi presenti sul territorio e di conseguenza di confrontarsi con loro negli aspetti operativi.

2. Psicogeriatría

Il CARL ospita, all'interno dell'Unità abitativa Pineta, 18 posti letto riservati ad una fascia d'utenza anziana e "grande anziana" (over 75) con una cronicità psichiatrica stabilizzata. La modalità di presa a carico riflette il modello CARL, adattato ai limiti che la senilità impone. Oltre al mantenimento delle autonomie residue, si cerca di privilegiare l'aspetto tempo libero, laddove viene progressivamente a mancare l'aspetto lavoro, attraverso la proposta di momenti ricreativi studiati dall'équipe che valorizzano la giornata dell'ospite, nel rispetto delle singole possibilità e dei legittimi desideri. Particolare importanza assumono in questa fase della vita le relazioni con i familiari. In questo contesto gli operatori del CARL si propongono quali mediatori di relazioni spesso interrotte, compromesse dalle difficoltà della vita o sopite dal tempo.

L'importante esperienza accumulata dal 1994 a favore di ospiti psichiatrici in età geriatrica, fase della vita che ne accentua ulteriormente la vulnerabilità, consente al CARL di confermare gli obiettivi finora raggiunti, ma anche di proporre di nuovi nell'ambito della Pianificazione sociopsichiatrica 2009-2012. Ovvero:

- accogliere le persone che progressivamente manifestano bisogni legati al processo di invecchiamento e che attualmente risiedono nelle altre unità abitative del CARL;
- accogliere situazioni critiche presenti nel territorio, segnatamente:
 - persone non più gestibili a domicilio e con una sintomatologia psichiatrica per cui è difficile ipotizzare un inserimento in casa anziani;
 - persone che, superata la fase di acuzie e del conseguente ricovero vengono trasferite dalla CPC;
 - persone segnalate dalle case anziani o dalla Clinica psichiatrica cantonale come problematiche a livello psichiatrico, anche per un eventuale soggiorno temporaneo (ricovero di sollievo) o provvisorio, in attesa di altra collocazione. In collaborazione con la Clinica psichiatrica cantonale, che già dispone di un reparto di psichiatria geriatrica acuto, si offre l'esperienza del CARL quale struttura di valutazione e appoggio.
- favorire la reintegrazione nel territorio d'origine, in collaborazione con le case anziani, per coloro già ospiti del CARL che manifestano tale desiderio e per i quali si valuta realizzabile tale aspettativa.

3. Ospiti fisicamente dipendenti

Da contatti avuti con i responsabili del settore invalidi della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie si ipotizza di attribuire al CARL una specificità nella pianificazione delle strutture per invalidi (già pianificazione AI).

Il CARL dovrà diventare la struttura principale nell'accoglienza di quelle situazioni che, oltre alla patologia psichiatrica, manifestano anche una scarsa autonomia necessitando inoltre anche di cure sanitarie.

L'Unità abitativa Pineta, anche per la sua logistica, permette l'ammissione di persone che probabilmente in altre strutture cantonali sarebbe difficile accogliere.

La collocazione del CARL a Mendrisio/Casvegno deve poter essere sempre più una risorsa. La collaborazione con la CPC sarà senz'altro da coltivare aumentando la complementarità in modo da offrire ai nostri ospiti interventi e cure adeguati.

L'obiettivo è quello di garantire, nei prossimi anni, un numero di posti sufficiente per poter rispondere ai bisogni, anche temporanei, che il territorio esprime.

4. Progetto giovani

Il progetto, sviluppato in collaborazione con l'AI, si è occupato finora di osservare e valutare le capacità socio-professionali di una ventina di persone, non beneficiarie di rendita AI, che, segnalate dalla CPC o dai Servizi psicosociali (SPS) dopo un periodo di disagio psichico acuto, hanno interrotto o non hanno potuto intraprendere un'attività lavorativa. Questo progetto è indirizzato a persone che, dopo un primo scompenso psichiatrico acuto, potrebbero beneficiare di una riabilitazione sociale e professionale. Di conseguenza, il nome del progetto fa riferimento al primo esordio della malattia piuttosto che al senso anagrafico. L'età media finora constatata è di circa 24 anni.

Grazie alle possibilità offerte dalla 5a revisione AI è stato accolto dall'Ufficio AI l'ampliamento del riconoscimento del CARL quale fornitore di provvedimenti di integrazione professionale, direttamente funzionali al ripristino delle capacità fondamentali spendibili nel mondo del lavoro in aggiunta a quello già esistente di centro di osservazione delle capacità di integrazione socio-professionale.

Dal 2009 il Progetto Giovani avrà la possibilità di offrire:

- valutazione/osservazione (internato);
- provvedimenti di reinserimento (riabilitazione socio-professionale), volti al recupero della piena capacità di integrazione (internato/esternato).

Il progetto si proporrà pertanto come garante della continuità nell'accompagnamento in un percorso di integrazione socio-professionale: da "struttura residenziale + laboratorio protetto" a "mercato dell'abitazione in autonomia + lavoro".

A fronte di questa ulteriore opportunità offerta dalla 5a revisione AI è auspicabile una collocazione autonoma del progetto giovani, sia in termini logistici, mediante l'assegnazione di spazi già individuati nell'Unità abitativa Servizi generali recentemente ristrutturata, ma anche di risorse ad esso esclusivamente dedicate. Nella presa a carico globale sarà inoltre determinante il ruolo attivo degli operatori dei laboratori CARL, sia nella fase di accertamento, ma soprattutto al fine di sostenere l'interessato/a durante i provvedimenti di reinserimento nella realizzazione del piano di integrazione individuale concordato con l'équipe e il responsabile dell'integrazione dell'Ufficio AI.

5. Laboratori protetti

I laboratori protetti sono strutture organizzate e suddivise sulla base di attività produttive diversificate, destinate ad accogliere tutta la casistica che vive o fa riferimento al territorio di Casvegno (ospiti delle Unità abitative, utenti della CPC, utenza proveniente dall'esterno). I posti di lavoro disponibili sono 117 e, a rotazione (mattino, pomeriggio, per brevi periodi), offrono la possibilità di occupazione a numerosi utenti. Nel 2007 hanno usufruito di questi posti di lavoro 262 persone.

I laboratori protetti mirano, in un'ottica socio-educativa, a valorizzare e/o mantenere le capacità lavorative di ogni singolo, aiutano a strutturare la giornata in maniera costruttiva, sono luoghi dove si dà importanza, oltre al lavoro, anche all'accoglienza e all'ascolto dell'utente.

Qualora vi siano il desiderio, da parte dell'utente, e realistiche possibilità di reinserimento nel mondo lavorativo, può venir strutturato un percorso riabilitativo individuale.

Il progetto educativo individualizzato è lo strumento privilegiato con cui lavorare insieme all'utente, in un'ottica di evoluzione lavorativa personale.

Per il periodo 2009-2012 i laboratori saranno quindi chiamati a svolgere in maggior misura il mandato a loro assegnato, in particolare dovranno:

- assumere il compito educativo all'interno di progetti personalizzati
- garantire agli ospiti un'attività lavorativa protetta in modo da mantenere/aumentare le loro capacità
- essere in grado di fornire elementi di osservazione e valutazione da integrare nei progetti educativi delle persone utenti.

Per poter svolgere questi compiti si dovrà valutare la possibilità di creare nuovi laboratori, magari all'esterno, o, eventualmente, di convertirne alcuni esistenti in attività più adatte alle nuove esigenze.

E' comunque indispensabile proporre una nuova organizzazione dei laboratori stessi, questo in un'ottica di un CARL meno settorializzato in cui i laboratori diventino maggiormente patrimonio comune (e quindi responsabilità) anche delle Unità abitative.

6. Conseguenze finanziarie

Le nuove proposte, che dovranno rispondere ai nuovi bisogni rilevati e permettere gli sviluppi auspicati, comportano nuovi investimenti soprattutto a livello di personale.

- Riguardo al capitolo "Psicogeriatrica e ospiti fisicamente dipendenti" si reputa necessaria l'assunzione di un assistente sociale al 100% che collabori con la CPC (reparto di psichiatria geriatrica) e con il territorio (case anziani) in modo da poter programmare e sostenere quanto presentato. Il costo previsto è di fr. 117'000.-- oneri sociali compresi.
- Progetto giovani: l'apertura dell'Unità abitativa Servizi generali dedicata esclusivamente a questo progetto comporta l'assunzione di almeno 3 educatori. Il costo sarà in parte compensato dall'aumento dei ricavi in virtù delle convenzioni con l'AI per le rette AI. Il costo lordo è preventivabile in fr. 351'000.--, fr. 130'000.-- al netto.
- Laboratori protetti: si reputa necessaria l'assunzione di una nuova figura professionale, quale ad esempio un orientatore scolastico professionale, con il compito di organizzare percorsi formativi, collaborare con le varie figure professionali all'interno del CARL, svol-

gere verifiche di valutazione e collaborare con l'esterno per il proseguimento dei progetti educativi per il reinserimento professionale. Il costo è preventivato in fr. 135'000.-- oneri sociali compresi.

G. Formazione presso l'OSC

1. Introduzione

L'OSC ha da sempre assunto e garantito un importante impegno a favore della formazione di personale specializzato in particolare per le formazioni indirizzate agli operatori che lavoreranno nell'ambito salute mentale.

Prima di illustrare i principali cambiamenti già intervenuti o che avverranno a breve nelle diverse formazioni, si ritiene appropriato illustrare quanto viene regolarmente svolto in questo campo dall'OSC.

Nel 2008, l'OSC ha accolto:

- 54 stagiaires psicologi e/o psicoterapeuti in vista dell'ottenimento dell'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione. I posti riconosciuti sono 23 e le candidature sono state 70. Si può facilmente comprendere le difficoltà che si hanno nella gestione di questi posti di stage che sono gli unici con riconoscimento A e quindi sono molto ambiti.
- 51 stagiaires SUPSI di cui:
 - 7 educatori presso il CARL
 - 13.5 educatori presso il Servizio di socioterapia
 - 0.5 educatori presso i CD
 - 3 educatori presso i CPE
 - 19 infermieri presso la CPC
 - 7 infermieri presso i SPS
 - 1 assistente sociale presso i SPS
- 82 allievi infermieri della Scuola superiore specializzata in cure infermieristiche (SSSCI) di cui 63 in CPC e 19 presso i SPS.
- 20.5 medici assistenti di cui:
 - 10 presso la CPC
 - 7 presso i SPS
 - 3 presso i SMP/CPE
 - 0.5 presso il SPPM

per un totale di 207.5 persone in formazione.

A queste vanno aggiunte altre 29 persone che hanno svolto:

- 2 uno stage come candidato medico
- 2 uno stage per l'ottenimento della maturità commerciale
- 3 uno stage durante la formazione universitaria USI
- 22 stages informativi.

Queste cifre confermano lo sforzo che compie regolarmente l'OSC per le formazioni viste sopra. Senza calcolare il tempo dedicato a questa attività del personale nominato o incari-

cato presso l'OSC, quindi anche dei medici assistenti, il costo delle indennità versate agli allievi/stagiaires ammonta a fr. 1.1 mio (Preventivo 2009).

2. I principali cambiamenti previsti nelle offerte formative

2.1 Specializzazione in psichiatria e psicoterapia per medici assistenti

Introduzione

La nuova LPMed (Legge federale sulle professioni mediche universitarie del 23 giugno 2006) entrata in vigore il 1. settembre 2007, per garantire il raggiungimento degli obiettivi strategici di contenuto, ed in particolare la garanzia della qualità della formazione nel settore della medicina e del corretto esercizio della professione (art. 1 LPMed), impone l'adozione di alcune misure, in particolare:

- definisce le condizioni per l'ottenimento di un diploma federale o di un titolo federale di perfezionamento (ammissione all'esame e al perfezionamento, regolamenti d'esame e valutazione nell'arco della formazione; lett. b);
- prescrive che siano accreditati periodicamente i cicli di studio e di perfezionamento per valutare il raggiungimento degli obiettivi della presente legge e garantire la qualità della formazione e del perfezionamento; lett. c).

Il perfezionamento professionale, che consente di accrescere le competenze e la specializzazione nel settore prescelto (cpv. 3) è la tappa successiva alla formazione universitaria, valutabile e articolata in base a durata e contenuto, allo scopo di approfondire e ampliare le conoscenze, le attitudini, le capacità e i comportamenti acquisiti durante la formazione universitaria in vista del libero esercizio della professione. Il perfezionamento professionale è obbligatorio per medici e chiropratici.

Giusta l'art. 36 cpv. 2 LPMed, il possesso del titolo di perfezionamento fa parte dei requisiti obbligatori per l'ottenimento dell'autorizzazione al libero esercizio della professione di medico:

"Chi intende esercitare liberamente la professione di medico o chiropratico necessita inoltre un titolo federale di perfezionamento".

In vista dell'adozione della direttiva 2001/19/CE56, anche in Svizzera la durata del perfezionamento per i medici generici è diventata di tre anni. L'articolo 26 della direttiva 93/16/CEE prevede per ogni settore specializzato della medicina umana una durata minima del perfezionamento da tre a cinque anni, ma nessuna durata massima. La legge (cpv. 1) pone tuttavia un limite massimo di sei anni al fine di evitare che il perfezionamento in Svizzera duri più a lungo che nella CE, svantaggiando in tal modo i titolari di titoli di specializzazione svizzeri.

La durata del perfezionamento per le singole specializzazioni mediche è stata stabilita dal Consiglio federale negli allegati dell'OF sui diplomi, la formazione, il perfezionamento e l'esercizio della professione nelle professioni mediche universitarie del 27 giugno 2007.

Per la specializzazione di psichiatria e psicoterapia sono stati fissati 6 anni.

Il titolo di perfezionamento viene rilasciato al termine del ciclo di perfezionamento accreditato dalle organizzazioni responsabili dei cicli (art. 20 LPMed) .

Accreditamento dei cicli di perfezionamento (artt. 22 e segg. LPMed)

L'accREDITAMENTO è una procedura formale e trasparente volta a verificare le esigenze minime della qualità in base a criteri definiti. Esso mira a stabilire se il ciclo di perfezionamento permette di raggiungere in modo efficace ed effettivo le esigenze di qualità stabilite nella legge.

Con l'accREDITAMENTO vi è pertanto un controllo della qualità delle strutture esistenti, dei processi applicati e dei risultati ottenuti. La Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine (WFME) ha sviluppato un sistema di standard di qualità globale per la formazione postgrado in medicina. Gli standard di qualità per l'accREDITAMENTO secondo la LPMed s'ispirano alle linee rilasciate dalla WFME. Per questioni giuridiche esse sono state riprese nell'Ordinanza del DFI concernente l'accREDITAMENTO dei cicli di perfezionamento delle professioni mediche universitarie (RS 811.112.03). Tali criteri servono sia per l'autovalutazione che per la valutazione esterna da parte degli esperti (cfr. tre fasi di accREDITAMENTO sottodescritte).

Nell'art. 25 LPMed vengono enumerati tutti i criteri da rispettare affinché un ciclo di perfezionamento possa essere accreditato per il rilascio di un titolo federale di perfezionamento, in particolare il cpv. 1:

Un ciclo di perfezionamento finalizzato all'ottenimento di un titolo federale di perfezionamento è accreditato se:

- a. si svolge sotto la responsabilità di un'organizzazione professionale a carattere nazionale o di un'altra organizzazione idonea (organizzazione responsabile);
- b. consente alle persone che lo frequentano di raggiungere gli obiettivi di perfezionamento secondo la presente legge;
- c. è aperto a persone provenienti da tutta la Svizzera;
- d. è impostato sulla formazione universitaria;
- e. consente di accertare se le persone che lo frequentano hanno raggiunto gli obiettivi di cui all'articolo 17;
- f. include sia una formazione pratica sia un insegnamento teorico;
- g. garantisce che il perfezionamento si svolga sotto la responsabilità di una persona in possesso del titolo federale di perfezionamento corrispondente;
- h. si svolge in centri autorizzati a questo scopo dall'organizzazione responsabile;
- i. richiede dalle persone che lo frequentano collaborazione personale e assunzione di responsabilità;
- j. l'organizzazione responsabile dispone di un'istanza indipendente e imparziale incaricata di statuire sui ricorsi delle persone che lo frequentano o dei centri di perfezionamento, secondo una procedura equa, almeno nei casi di cui all'articolo 55.

Quali centri di perfezionamento entrano in linea di conto segnatamente ospedali e istituti universitari, nonché ospedali, istituti, ambulatori privati e farmacie cantonali e regionali.

Inoltre per ciascuna professione medica universitaria, un'unica organizzazione è responsabile per tutti i cicli di perfezionamento previsti (cpv. 3).

La Legge indica poi la procedura (artt. 26 e segg. LPMed) da seguire per i centri di perfezionamento al fine di ottenere l'accreditamento dei propri cicli.

Essa avviene in tre tappe. Le prime due -autovalutazione (art. 26) e valutazione esterna (art. 27)- mirano in particolare a incentivare le organizzazioni responsabili (tra cui le organizzazioni professionali e altre parti coinvolte e interessate) a migliorare la qualità del perfezionamento. Per queste due tappe vi sono delle linee guida elaborate dell'OAQ (Organo di accreditamento e di garanzia della qualità delle istituzioni universitarie svizzere), per ora presenti solo in tedesco: "Leitfaden Selbstbeurteilung" e "Leitfaden externe Begutachtung".

- 1a fase Domanda di accreditamento da parte dell'organizzazione responsabile del ciclo di perfezionamento al Dipartimento federale dell'interno (art. 26 e art. 47), corredata dal rapporto di autovalutazione concernente la filiale competente della formazione, volto a dimostrare che i criteri di accreditamento sono adempiuti. L'organizzazione dovrà pertanto effettuare ampie indagini, collaborando con gli interessati a compiere questi cicli di perfezionamento. L'autovalutazione avviene in genere tramite formulario contenente una check list (cfr. allegato alle linee guida sull'autovalutazione).
- 2a fase La valutazione esterna, effettuata dalla Conferenza universitaria svizzera (art. 48 LPMed, art. 7 LAU), è impostata sui risultati dell'autovalutazione e completata con ulteriori indagini, effettuate per il tramite di specialisti in materia che compongono le commissioni peritali (art. 48 cpv. 2 LPMed). Esse constatano se i criteri di accreditamento sono effettivamente adempiuti, conducono indagini proprie. È pertanto possibile che vi siano divergenze fra autovalutazione e valutazione esterna.
- 3a fase Decisione di accreditamento da parte del Dipartimento federale dell'interno. Soltanto questa decisione è soggetta a ricorso (art. 28).

Conclusioni

L'art. 64 pone un periodo transitorio di quattro anni dall'entrata in vigore della legge per l'accreditamento dei cicli di perfezionamento, visto che la nuova LPMed pone delle nuove esigenze qualitative.

In Ticino, attualmente, le seguenti strutture sono riconosciute dalla FMH quali centri di formazione specialistica in psichiatria e psicoterapia:

- Clinica psichiatrica cantonale, Mendrisio (cat. A1, 4 anni, ospedaliera)
- Settori OSC, Lugano e Bellinzona (cat. A1, 4 anni mista)
- Clinica Viarnetto, Pregassona (cat. B1, 3 anni, ospedaliera)
- Clinica Santa Croce, Orselina (cat. B1, 3 anni, ospedaliera)
- Ospedale Malcantonese, Castelrotto (cat. D2, 1 anno, ospedaliero)

Per queste strutture, la nuova LPMed imporrà di intraprendere le tre fasi che conducono all'accreditamento visto sopra che dovrà avvenire entro il 31 agosto 2011.

Sono già in corso delle valutazioni da parte dei diversi referenti istituzionali per la formazione specialistica in psichiatria e psicoterapia per eventualmente meglio collaborare, o addirittura, unificare i curricula formativi teorici per i moduli specializzandi operanti nelle strutture psichiatriche cantonali.

Questa soluzione permetterebbe di ottenere un unico accreditamento valido per tutto il Cantone ciò che faciliterebbe pure il rispetto dell'art. 25, cpv. 1, let d, che prevede che il ciclo di perfezionamento sia impostato sulla formazione universitaria. A questo proposito, si stanno valutando anche eventuali accordi con istituti universitari (CHUV Losanna, Università di Basilea) per migliorare la collaborazione in questo campo.

Per il momento non è ipotizzabile quantificare un eventuale aumento dei costi che, alla luce delle prime valutazioni, dovrebbero essere comunque minimi perché si metterebbero in comune risorse già a disposizione.

2.2 Psicologi/ghe e psicoterapeuti/e

Nel corso degli ultimi anni l'OSC si sta confrontando con la crescente problematica riguardante i limitati posti di stage per l'ottenimento dell'abilitazione cantonale alla professione di psicologo e psicoterapeuta.

Le direttive cantonali concernenti le condizioni per il riconoscimento della pratica clinica (Art. 4b) e 5b) del Regolamento 4 settembre 1979), richiedono ai tirocinanti psicologi e psicoterapeuti di svolgere almeno metà del periodo di pratica presso istituti di categoria A. Tali istituti sono definiti nelle direttive cantonali come *"enti o istituzioni che si occupano di una vasta e differenziata casistica ed esplicano diverse modalità di indagine e di intervento: Istituti universitari, ambulatoriali ed ospedalieri, Servizi medico-psicologici e psico-sociali cantonali, Ospedale neuropsichiatrico cantonale."*

Attualmente l'OSC offre 23 posti di stage in categoria A, a fronte di oltre 70 richieste l'anno. La lista d'attesa degli ultimi anni è in crescente aumento con la spiacevole conseguenza di rallentare ed in alcuni casi bloccare per anni il percorso formativo di psicologi e psicoterapeuti ticinesi. Questa problematica situazione ha indotto la necessità di sondare l'ipotesi che altri istituti, esterni all'OSC, possano beneficiare del riconoscimento di categoria A.

A questo proposito si è constatato come le cliniche psichiatriche private presenti sul territorio: Viarnetto, Santa Croce e Ospedale Malcantonese Castelrotto, offrano equivalenti condizioni professionali e formative rispetto agli enti cantonali. Tali strutture si avvalgono di personale specializzato e possono garantire ai tirocinanti un'adeguata esperienza teorico-pratica relativamente ad una vasta casistica nonché modalità d'intervento: diagnosi, indicazioni, trattamenti nell'ambito della sofferenza psichica.

Per quanto concerne la pratica clinica per l'ottenimento dell'abilitazione cantonale come psicoterapeuta, si ritiene inoltre che gli studi medici di specialisti FMH in psichiatria e psicoterapia e gli studi di psicologi specialisti in psicoterapia FSP che rispondono alle condizioni generali (vedi direttive cantonali), possano offrire al tirocinante condizioni formative equivalenti a quelle cantonali.

Si propone quindi che l'offerta formativa dell'OSC sia accessibile anche a tirocinanti esterni, qualora il datore di lavoro, clinica o studi privati, non possano garantire le 4 ore di studio o partecipazione a seminari di formazione settimanali.

Conclusioni

Per poter rispondere al meglio alla crescente domanda di formazione di psicologi e psicoterapeuti il Consiglio psicosociale cantonale propone di riconoscere come categoria A, la pratica clinica svolta presso cliniche private ed, esclusivamente per psicoterapeuti in formazione, presso studi medici di specialisti FMH in psichiatria e psicoterapia e presso studi di psicologi specialisti in psicoterapia FSP.

Proposte operative

- Modificare le direttive (gli artt. 4b e 5b del Regolamento del Consiglio di Stato concernente l'esercizio della professione di psicologo e di psicoterapeuta del 4 settembre 1979) concernenti le condizioni per il riconoscimento della pratica clinica in vista dell'ottenimento del permesso d'esercizio delle professioni di psicologo e psicoterapeuta. Inserire nella categoria A (cpv. 2.2 delle condizioni specifiche) le cliniche psichiatriche private e, esclusivamente per gli psicoterapeuti in formazione, gli studi medici di specialisti FMH in psichiatria e psicoterapia e gli studi privati di psicoterapeuti FSP.
- Estendere la possibilità di accedere alla formazione teorica OSC per psicologi e psicoterapeuti in formazione anche a personale esterno che pratica lo stage presso cliniche o studi privati.

2.3 Infermieri/e

Per questa professione i principali cambiamenti sono già avvenuti con l'apertura del percorso formativo presso la SUPSI (Dipartimento Sanità) nel 2006. Da questa data esistono di fatto due percorsi formativi con due scuole distinte e programmi diversi fra loro.

Per l'OSC il compito più gravoso è stato quello di organizzare gli stages pratici per più di 100 allievi perché le richieste degli inviati differiscono fra loro.

Nel corso del 2008 questi aspetti sono stati definitivamente chiariti ed i programmi di formazione pratica accolti dalle scuole.

Questo però ha anche indotto e confermato la necessità di una riorganizzazione dei quadri infermieristici rafforzandone le competenze e diminuendoli in numero nonché di un incremento dell'impegno degli infermieri insegnanti assistenti. Ad un capo infermiere di settore è stata inoltre attribuita la responsabilità della gestione della formazione.

Il Centro di competenza per la formazione infermieristica OSC, che era già certificato dal 2005 EduQua, ha ottenuto nel 2008 la certificazione del suo sistema di gestione della qualità secondo la norma ISO 9001:2008 ciò che gli permette di offrire anche formazione continua nel quadro del progetto ECS -Accreditamento della formazione continua professionale nel settore della sanità- in via di definizione presso il DECS (Divisione della formazione professionale, Ufficio della formazione sanitaria e sociale).

Per gli anni a venire è facilmente ipotizzabile un continuo aumento delle richieste formative in salute mentale (di base, di perfezionamento e di formazione continua) all'OSC. Inoltre, fintanto che non verrà deciso quale sarà il percorso formativo (SUP o Scuola specializzata) offerta ai giovani che intendono intraprendere una formazione infermieristica in salute mentale, l'impegno dell'OSC nella formazione di base dovrà essere mantenuto almeno ai livelli attuali.

Terza parte

Riassunto e conclusioni

Decreto legislativo

Riassunto e conclusioni

In questo capitolo della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 verranno riprese schematicamente le diverse proposte operative contenute nelle schede della seconda parte e saranno confrontate con quanto proposto inizialmente nel Piano finanziario (PF) e nelle Linee direttive (LD) del Consiglio di Stato 2008-2011 in virtù del rapporto di maggioranza della Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio e con ciò che è stato realizzato nel frattempo. Per ogni misura si è provveduto a quantificare il costo lordo e netto.

Verrà allegato il Decreto legislativo per le diverse proposte con i relativi costi previsti per la loro realizzazione.

A. Proposte per pazienti minorenni (SMP e CPE)

Proposta	Costo	P.F. e L.D. (edizione 2007)	Stato P.F. e L.D. (edizione 2007)	Proposta inserita in Pianificazione 2009-2012 (P.F. e L.D. edizione 2008)
Apertura degli SMP al di fuori degli orari di ufficio e nei festivi (pag. 38)	Fr. 1.2 mio lordo Fr. 0.8 mio netto	Si	Sospesa	No
Incremento del personale socio-educativo presso gli SMP per intensificare i lavori di rete (pag. 40)	Fr. 0.46 mio lordo e netto	Si	Sospesa	Si
Predisporre due CPE, uno per il Sopra ed uno per il Sottoceneri per accogliere casi acuti di adolescenti (pag. 40)	Fr. 2.0 mio lordo Fr. 1.2 mio netto	Si	Sospesa	No
Consolidamento della collaborazione fra i reparti di pediatria ORL e il SMP di Lugano (pag. 41)	Fr. 0.07 mio lordo Fr. 0.04 mio netto	No	-	Si

B. Proposte per pazienti adulti e anziani sul territorio (SPS, SPPM, CD)

Proposta	Costo	P.F. e L.D. (edizione 2007)	Stato P.F. e L.D. (edizione 2007)	Proposta inserita in Pianificazione 2009-2012 (P.F. e L.D. edizione 2008)
Potenziare la collaborazione con i reparti di geriatria EOC e con le case per anziani (pag. 34)	-	No	-	Si

Apertura degli SPS al di fuori degli orari di ufficio e nei festivi (pag. 46)	Fr. 1.5 mio lordo Fr. 1.0 mio netto	Si	Sospesa	No
Apertura di 3/5 letti presso due ospedali regionali EOC (pag. 47)	Fr. 1.45 mio lordo Fr. 0.8 mio netto	Si	Inserita nella tendenza. P2009: fr. 0.862 mio lordo, fr. 0.5 mio netto (inizio nel corso dell'anno). Dal PF 2010: fr. 1.45 mio lordo, fr. 0.8 mio netto.	Si, già adottata.
Sostegno a strutture intermedie in particolare a Casa Sirio a Breganzona (pag. 47)	Fr. 0.11 mio lordo e netto	Si	Sospesa	Si
Apertura dei Centri diurni (CD) al di fuori degli orari di ufficio (pag. 49)	Fr. 0.2 mio lordo e netto	Si	Inserita nella tendenza. Da P2009 fr. 0.2 mio lordo e netto.	Si, già adottata.

C. Prestazioni per pazienti stazionari (CPC e CARL)

Proposta	Costo	P.F. e L.D. (edizione 2007)	Stato P.F. e L.D. (edizione 2007)	Proposta inserita in Pianificazione 2009-2012 (P.F. e L.D. edizione 2008)
Equipe di ammissione che si occupa anche dei pazienti contenuti presso le altre équipes (pag. 48)	Fr. 1.0 mio lordo Fr. 0.7 mio netto	Si	Sospesa	No
Incremento della consulenza sociale in CPC (pag. 47)	Fr. 0.12 mio lordo Fr. 0.07 mio netto	Si	Sospesa	Si

Incremento della consulenza sociale per pazienti anziani al CARL (pagg. 52 e 54)	Fr. 0.12 mio lordo e netto	No	-	Sì
Apertura dell'unità abitativa Servizi generali dedicata al progetto giovani (pagg. 53 e 54)	Fr. 0.35 mio lordo Fr. 0.13 mio netto	Sì	Sospesa	Sì
Incrementare i percorsi e la formazione degli utenti per permettere il loro reinserimento professionale (pagg. 54 e 55)	Fr. 0.135 mio lordo e netto	No	-	Sì

D. Prevenzione e attività scientifica

Proposta	Costo	P.F. e L.D. (edizione 2007)	Stato P.F. e L.D. (edizione 2007)	Proposta inserita in Pianificazione 2009-2012 (P.F. e L.D. edizione 2008)
Studio SUPSI sulla contenzione in Ticino (pagg. 44, 48 e 49)	Fr. 0.12 mio lordo e netto	Sì	Sospesa	Sì
Consolidamento del laboratorio di psicopatologia del lavoro (pag. 39)	Fr. 0.12 mio lordo e netto	Sì	Sospesa	Sì
Campagna informativa alla popolazione sulla salute mentale e l'offerta di cure disponibile	Fr. 0.15 mio lordo e netto	Sì	Sospesa	No

Proposta	Costo P.F. e L.D. (edizione 2007)	Stato P.F. e L.D. (edizione 2007)	Nuove proposte inserite in Pianificazione 2009-2012 (P.F. e L.D. edizione 2008)
TOTALE	Fr. 9.105 mio lordo Fr. 6.155 mio netto	Già adottata fr. 1.65 mio lordo fr. 1.0 mio netto	Fr. 1.605 mio lordo Fr. 1.305 al netto
			Fr. 3.255 mio lordo Fr. 2.305 mio netto

Il costo totale delle proposte operative contenute nel presente documento pianificatorio ammonta a fr. 3.255 mio al lordo, fr. 2.305 mio al netto. Il costo dei letti presso EOC e dei Centri diurni (lordo fr. 1.65 mio e netto fr. 1.0 mio) sono già inseriti nella tendenza del Piano finanziario. Il costo delle nuove proposte (fr. 1.605 mio lordo, fr. 1.305 mio netto) è già previsto nel PF 2008 come nuovo compito.

Le risorse umane supplementari sono quantificate in 20.5 unità. I nuovi compiti previsti nelle Linee direttive e Piano finanziario edizione 2007 avrebbero comportato un aumento di circa 70 unità di personale.

Per una visione globale dell'evoluzione finanziaria dell'OSC durante il periodo di pianificazione, si rimanda alle tabelle dell'Allegato 3. In queste tabelle figurano oltre al Preventivo 2009, anche i dati di Piano finanziario dal 2010 al 2012. Come ricordato sopra, in questi dati è già compreso il costo dei letti presso EOC e per l'apertura nel fine settimana dei Centri diurni, mentre non sono comprese le nuove proposte di questa Pianificazione (fr. 1.605 mio lordo, fr. 1.305 mio netto).

Si tratta dei dati ufficiali del Preventivo 2009 approvato rispettivamente del Piano finanziario edizione 2008 pubblicato. Per una corretta lettura delle tabelle va considerato che i dati di Piano finanziario sono stati estrapolati in base a un Preventivo 2009 non ancora definitivo. Per l'OSC, la differenza principale di questo Preventivo riguarda il tasso di rincaro per le spese del personale non di 1.5% come nel Preventivo 2009 definitivo, ma del 2.2%. Questa differenza dello 0.7% spiega l'incremento superiore delle spese tra il 2009 e il 2010 rispetto a quella per gli anni successivi.

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO

concernente la Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il rapporto dicembre 2008 del Consiglio di Stato, Dipartimento della sanità e della socialità;
- richiamato l'art. 13 della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica del 2 febbraio 1999;
- visto il rapporto della Commissione speciale sanitaria;

d e c r e t a :

Articolo 1

La pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 è approvata nel senso dei considerandi del rapporto commissionale e della discussione parlamentare.

Articolo 2

Vengono attuate le seguenti misure operative:

- l'incremento del personale socioeducativo presso i Servizi medico-psicologici (SMP) dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) per intensificare i lavori di rete;
- il consolidamento della collaborazione fra il reparto di pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano (ORL), Sede Civico, dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC) e il Servizio medico-psicologico (SMP), sede di Lugano, dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC);
- il sostegno a strutture intermedie, in particolare Casa Sirio a Breganzona della Fondazione Sirio;
- l'incremento della consulenza sociale presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC);
- l'incremento della consulenza sociale per pazienti anziani presso il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC);
- l'apertura dell'unità abitativa Servizi generali presso il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) dedicata al "Progetto giovani";
- l'incremento dei percorsi e della formazione degli utenti dei Laboratori protetti del Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) per permettere il loro reinserimento professionale;

- la ricerca SUPSI sulla contenzione in Ticino;
- il consolidamento del Laboratorio di psicopatologia del lavoro dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC).

Articolo 3

Il presente decreto legislativo è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra immediatamente in vigore.

Quarta parte

Allegati:

1. Bilancio della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008
2. Valutazione dell'evoluzione della casistica sociopsichiatrica OSC 1991-2007
3. Piano finanziario 2009-2012 dell'OSC

Allegato N. 1**Bilancio della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008**

La Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008 prevedeva la realizzazione di una quindicina di proposte principali, alle quali ne erano correlate alcune complementari, che permettessero di consolidare e completare la presa a carico sociopsichiatrica delle cittadine e dei cittadini del nostro Cantone in situazione di disagio sociopsichiatrico.

Alcune proposte non sono state messe in atto perché, alla luce del rapporto di maggioranza della Commissione speciale sanitaria e della discussione in Gran Consiglio del 29 gennaio 2007, si è optato per una loro nuova valutazione nel quadro della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 e delle Linee direttive/Piano finanziario 2008/2011.

1. Diritti dei pazienti

La revisione della legislazione federale non è stata ancora adottata, ma si considera comunque necessario mantenere la rivendicazione dell'introduzione di una riserva in favore del diritto cantonale.

La Commissione contenzione della CPC, con la collaborazione di Pro Mente Sana, ha continuato i suoi lavori di analisi, di raccolta dei dati e di riflessione nelle équipes in merito al ricorso a misure di contenzione. Negli ultimi tre anni (2005-2007), il numero di pazienti contenuti è diminuito di circa il 40%. Si prospetta ora lo svolgimento di una ricerca su questo tema con la collaborazione del Dipartimento di sanità (DSAN) della SUPSI (vedi Scheda no. E, pag. 51). In particolare si vogliono confrontare le diverse modalità di contenzione e la loro adozione anche in altri istituti cantonali e eventualmente nazionali. Questo tema è pure oggetto di una Mozione della Commissione sanitaria del Gran Consiglio.

2. Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)

Il Messaggio del Consiglio di Stato n. 5599 del 26 novembre 2004 che chiedeva la creazione di una Fondazione di diritto privato per incrementare l'autonomia del CARL è stato ritirato dal Consiglio di Stato il 15 febbraio 2006.

3. Trasformazione dell'OSC in Unità Amministrativa Autonoma (UAA)

Dopo un anno di simulazione e come previsto dal rapporto della Commissione della gestione del Gran Consiglio, dal gennaio 2008 l'OSC è stata trasformata in UAA. Questo ha comportato la preparazione di un contratto di prestazione quadriennale, di uno annuale e di un conto prestazioni. Questa prima esperienza sarà utile per la sua introduzione consolidata e, soprattutto, per l'implementazione di nuovi sistemi gestionali, in particolare, di un sistema di controlling più performante.

4. Giovani e disagio psichico

- L'OSC, tramite un suo caposervizio SMP, ha collaborato con il gruppo di lavoro interdipartimentale DECS-DSS-DI all'elaborazione di scenari per rispondere al disagio psichico giovanile. E' pure stata invitata, sempre tramite un suo collaboratore, a presentare le proprie valutazioni nel quadro del Gruppo operativo giovani, violenza, educazione presieduto dal Procuratore pubblico, A. Perugini.
- I protocolli di intervento con l'Ufficio per le famiglie ed i minorenni sono stati adottati in particolare per quanto concerne i collocamenti extra famigliari.

- La consulenza presso i reparti di pediatria degli ospedali è stata consolidata e, dopo il Civico, si è iniziata anche una proficua collaborazione con l'OBV.
- La riorganizzazione degli SMP è stata adottata nel Sottoceneri riducendo da 2 a 1 i capiservizio ed inserendo la figura del medico capoclinica nell'altra sede. Nel Sopraceneri questo potrà avvenire al pensionamento di un caposervizio.
- La riorganizzazione funzionale dei CPE è stata implementata con successo ed ora vi è un unico coordinatore medico coadiuvato in ogni sede da un coordinatore pedagogico/psicologico.

5. **Psichiatria, OSC ed ambito lavorativo**

Nel corso del quadriennio trascorso l'impegno principale per quanto concerne "Psichiatria e lavoro" è stato posto nella creazione e nello sviluppo del Laboratorio di psicopatologia del lavoro. La cronologia ed i primi risultati sono consultabili nella Scheda B a pag. 40 del presente documento pianificatorio.

6. **La presa a carico degli anziani**

In CPC la separazione in due reparti dei 26 posti letto attualmente disponibili ha avuto luogo con risultati positivi. In particolare per i nove letti dedicati ai pazienti con patologia di carattere confusionale e/o demenziale con conseguenti disturbi comportamentali, si è iniziata una proficua collaborazione con il reparto di geriatria dell'OBV e con uno scambio di informazioni/formazioni per il personale dei due istituti.

Sono inoltre state incrementate, anche tramite gli SPS sul territorio, la consulenza alle case per anziani che ne hanno fatto richiesta.

7. **Collaborazione con altri enti**

• Collaborazione con la psichiatria privata

La collaborazione dell'OSC con la psichiatria privata è stata promossa per:

- la formazione infermieristica;
- la formazione FMH dei medici assistenti.

Per gli altri ambiti si è mantenuta la collaborazione finora in atto.

• Collaborazione con l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)

- L'SPPM è istituito dal 2000 con reciproca soddisfazione per il suo operato.
- La medicina interna e le analisi di laboratorio per i pazienti della CPC e del CARL sono garantiti dall'Ospedale della Beata Vergine (OBV).
- Gli otto letti presso l'OBV per la cura dei disturbi alimentari BOA (Bulimia, Obesità, Anoressia) sono stati aperti con la reciproca soddisfazione per il lavoro svolto.
- La creazione di 4-6 letti di psichiatria all'interno dell'EOC è oggetto di una proposta della presente Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012.

• Assistenza psichiatrica in ambito penale

Con il PCT la convenzione per la presa a carico psichiatrica dei detenuti è sempre in vigore. Per contro, per il carcere giudiziario, la Sezione esecuzione pene e misure (SEPEM) del Dipartimento delle istituzioni ha optato per una consulenza svolta da medici privati.

- Aiuto alle vittime

L'OSC ha garantito la collaborazione alle Unità di intervento regionali (UIR). Essa prosegue durante la fase di riorganizzazione dell'Ufficio del Delegato all'aiuto alle vittime che prevede un nuovo modello di intervento per il personale dell'OSC.

- Fondazione Sirio

Da gennaio 2006 la Fondazione Sirio è proprietaria della Casa Sirio, già Home Compagna a Breganzona. Ospita fino a 22 giovani in situazione di disagio sociale e psicosociale. La presa a carico educativa e terapeutica è supportata anche dal personale del SPS del Sottoceneri, sede di Lugano.

- Fondazione Centro peritale per le assicurazioni sociali

Dal 1. aprile 2007 è attivo il Centro peritale per le assicurazioni sociali dell'omonima fondazione privata istituita in virtù della Risoluzione governativa no. 578 del 01.02.2007. I risultati sono positivi e conformi alle attese. L'Ufficio AI è soddisfatto delle prestazioni offerte e della qualità degli atti presentati nonché dei tempi di elaborazione delle perizie.

8. Le dipendenze da sostanze

- Il progetto AMTiTox e Istituzioni ambulatoriali e stazionarie per tossicodipendenti

Il progetto, che è stato seguito dall'OSC con un suo medico capoclinica in veste di capoprogetto, si è concluso nella primavera del 2007 ed ha permesso la medicalizzazione delle Antenne (Ingrado e Icaro).

- Istituzioni ambulatoriali e stazionarie per alcooldipendenti

La collaborazione è continuata proficuamente e si è potuta ampliare con un progetto già bene avviato. Si prevede la collaborazione fra CPC ed Ingrado per la gestione di pazienti alcooldipendenti presso la CPC e per l'informazione/accompagnamento delle loro famiglie.

9. Centri diurni (CD) OSC

Prima di procedere ad un'apertura in fine settimana dei CD, si è optato per una verifica dell'accoglimento da parte dell'utenza di questa nuova offerta.

E' stato svolto un progetto pilota denominato "pranzo in famiglia" presso il CD di Bellinzona. I risultati sono stati positivi, per cui anche gli altri CD hanno allargato l'offerta. Per garantire continuità a questa offerta saranno necessarie delle risorse umane supplementari (vedi Scheda no. E, pag. 52).

10. Formazione OSC

Tutte le formazioni sono state riconosciute allo stesso livello del quadriennio precedente e la formazione continua per gli infermieri ha ottenuto la certificazione EduQua e nell'autunno 2008, quella ISO 9001:2008.

11. Sedi dell'OSC

- Ristrutturazione dell'Area di Casvegno

I lavori continuano secondo programma e nel 2009 dovrebbero concludersi.

-

CPE unico per Bellinzonese e Locarnese

E' stata individuata la sede presso il Centro professionale e sociale (CPS) a Gerra Piano. Il Messaggio è stato accolto dal Gran Consiglio il 12.11.2007, i lavori di ristrutturazione sono conclusi ed il trasloco ha avuto luogo durante l'estate 2008.

- Servizio psico-sociale Mendrisio

Con le misure di risparmio adottate dal Consiglio di Stato non è stato possibile dare seguito alla proposta di ristrutturazione contenuta nella Pianificazione 2005-2008 che prevedeva di permettere l'accesso al Servizio anche alle persone motulesi e l'incremento della superficie utile per la presa a carico degli utenti. Se possibile, lo si riattiverà nell'attuale quadriennio oppure si cercheranno soluzioni alternative.

- Servizio medico-psicologico Coldrerio

Anche se non si è proceduto all'elaborazione di un progetto, la situazione è analoga a quella del SPS di Mendrisio.

- Direzione di settore, Servizio psico-sociale e Servizio medico-psicologico di Lugano

Il trasloco ha avuto luogo e gli spazi rispondono alle aspettative.

- Centri Diurni di Viganello e di Mendrisio

Non sono state trovate sedi confacenti allo scopo e si ripresenterà la proposta operativa.

- Reparto privato e semiprivato

In attesa della revisione della LAMal e della sua Ordinanza non si è dato seguito per il momento alla valutazione circa la possibilità di inserire delle camere private o semiprivati in CPC.

12. Mantenimento e promozione della qualità delle cure

- CPC

Il sistema di gestione della qualità in CPC è stato implementato ed ha ricevuto la certificazione ISO 9001:2008 il 03.12.2008.

- Servizi per minorenni

L'indagine sulla soddisfazione del personale, degli utenti e/o delle loro famiglie nonché degli invianti ha avuto luogo. Essa ha permesso di conoscere il grado di soddisfazione per le prestazioni offerte. L'indagine ha altresì reso possibile individuare dei punti critici. Essi sono stati oggetto di valutazione con i caposervizi SMP che hanno proposto dei miglioramenti nell'attività dei servizi.

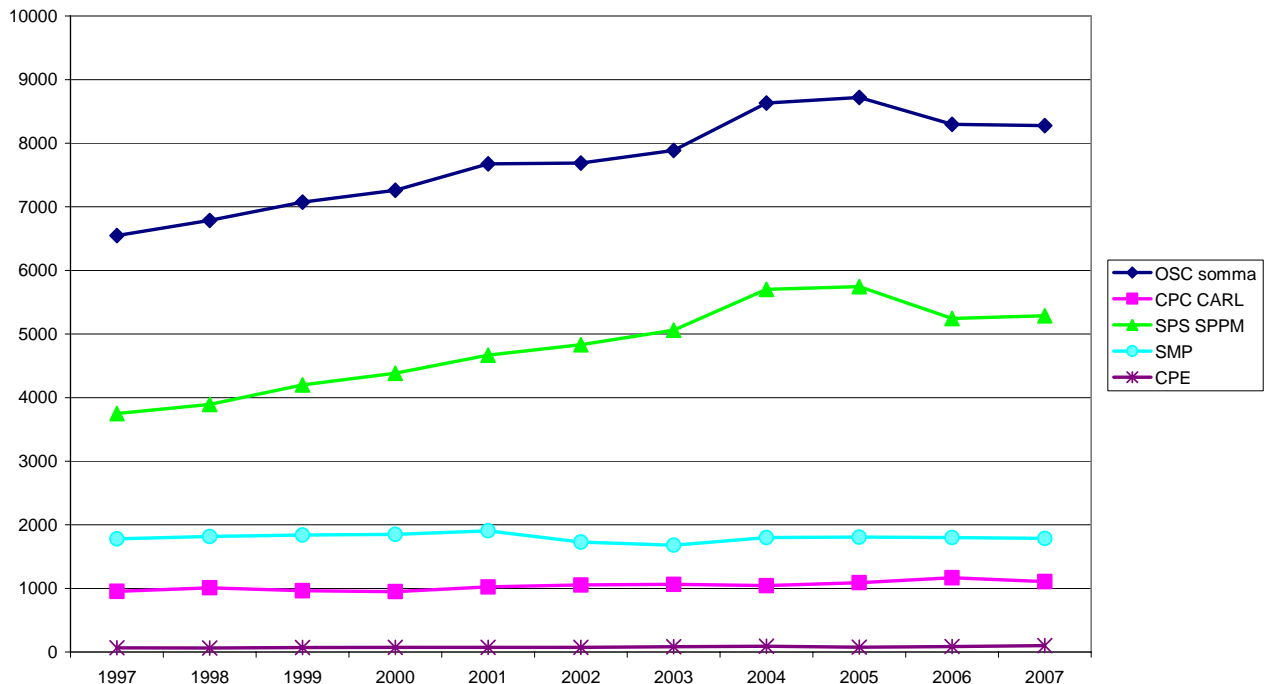
Allegato N. 2**Valutazione dell'evoluzione della casistica sociopsichiatrica OSC 1991-2007****1. EVOLUZIONE GENERALE DELLA CASISTICA OSC**

Registriamo una tendenza all'aumento dei soggetti che si sono rivolti alle strutture della psichiatria pubblica negli ultimi dieci anni, con un picco nel 2004-2005, sia in cifre assolute sia in percentuali riferite alla popolazione residente in Ticino. Sommando gli utenti che si sono rivolti a ciascuna struttura dell'OSC risulta che

nel 2003 gli utenti erano 7885, nel 2006 gli utenti erano 8298, nel 2007 8278

A titolo di confronto, la somma degli utenti che si sono rivolti alle strutture dell'OSC erano 5207 nel 1991 e 6333 nel 1995 e 7260 nel 2000.

Somma delle persone viste dalle varie strutture dell'OSC: evoluzione 1997-2007



E' possibile però che una persona nel corso di un anno si sia rivolta a più di una struttura OSC, per cui, se consideriamo le persone che si sono rivolte almeno una volta a una struttura OSC emerge che nel 2003 erano 7161, nel 2006 7329. e nel 2007 7270. Erano state 4674 nel 1991, 5846 nel 1995 e 6618 nel 2000.

L'andamento è dato soprattutto dall'incremento di casi visti presso i Servizi ambulatoriali per adulti (SPS e SPPM), che hanno registrato un aumento consistente in particolare nel 2004 -2005. Si tratta di una tendenza che ha visto le persone che si rivolgono ai Servizi psico-sociali triplicare negli ultimi venticinque anni (1980: 1792 soggetti, 1991: 2814, 1995: 3648, 2000: 4385, 2003: 5060, 2006: 5244, 2007: 5286), con una punta massima di 5746 persone nel 2005 e con aumenti assai diversi nei vari Servizi.

Si è riscontrato un aumento fino al 2001 anche nei Servizi minorili, ma meno marcato (1980: 1552 soggetti, 1991: 1420, 1995: 1725, 2000: 1851, 2001: 1908) con un leggero calo negli ultimi anni (2006: 1801, 2007: 1785).

I pazienti dei Servizi psico-sociali sono numericamente più del triplo di quelli dei Servizi minorili. Questi ultimi si rivolgono infatti potenzialmente ad una popolazione meno numerosa.

Ai Servizi per minorenni (SMP) si rivolge la percentuale più elevata di soggetti rispetto alle fasce d'età a cui queste strutture si indirizzano⁷: 24.0 minorenni su 1000 residenti in Ticino contro 19.8 adulti su 1000 dei SPS e SPPM, ciò è dovuto alla scarsità di specialisti privati in psichiatria infantile in Ticino.

La Clinica, dopo anni di diminuzione, presenta dal 2000 un incremento del numero di persone che vi sono state ricoverate (1985: 1080, 1990: 924, 1995: 896, 2000: Casvegno 949 soggetti (CPC 845 / CARL 104), 2003: Casvegno 1065 soggetti (CPC 956 / CARL 109), 2006: Casvegno 1166 soggetti (CPC 1044 / CARL 122), 2007: Casvegno 1108 soggetti (CPC 982 / CARL 126).

Alcune concause conosciute -nuovi concetti terapeutici in psichiatria, miglioramento delle farmacoterapie, tendenze delle politiche sanitarie generali- hanno portato ad una diminuzione della durata delle degenze e ad un potenziamento degli interventi esterni all'ospedale. Ciò non di meno e malgrado il continuo incremento di specialisti privati attivi in Ticino, emerge con evidenza una generale stabilizzazione verso l'alto del numero di adulti che si rivolgono alla psichiatria pubblica. Questo dato, dovuto a diversi fattori individuali, contestuali, socio-economici e culturali, deve comunque far riflettere. Situazioni più specifiche saranno rilevate dall'analisi delle tendenze relative alle singole strutture.

⁷ Tutte le prevalenze e le incidenze in relazione alla popolazione fanno riferimento alla popolazione residente permanente al 31.12.2006, in quanto all'USTAT non sono disponibili al momento ulteriori aggiornamenti sul 2007.

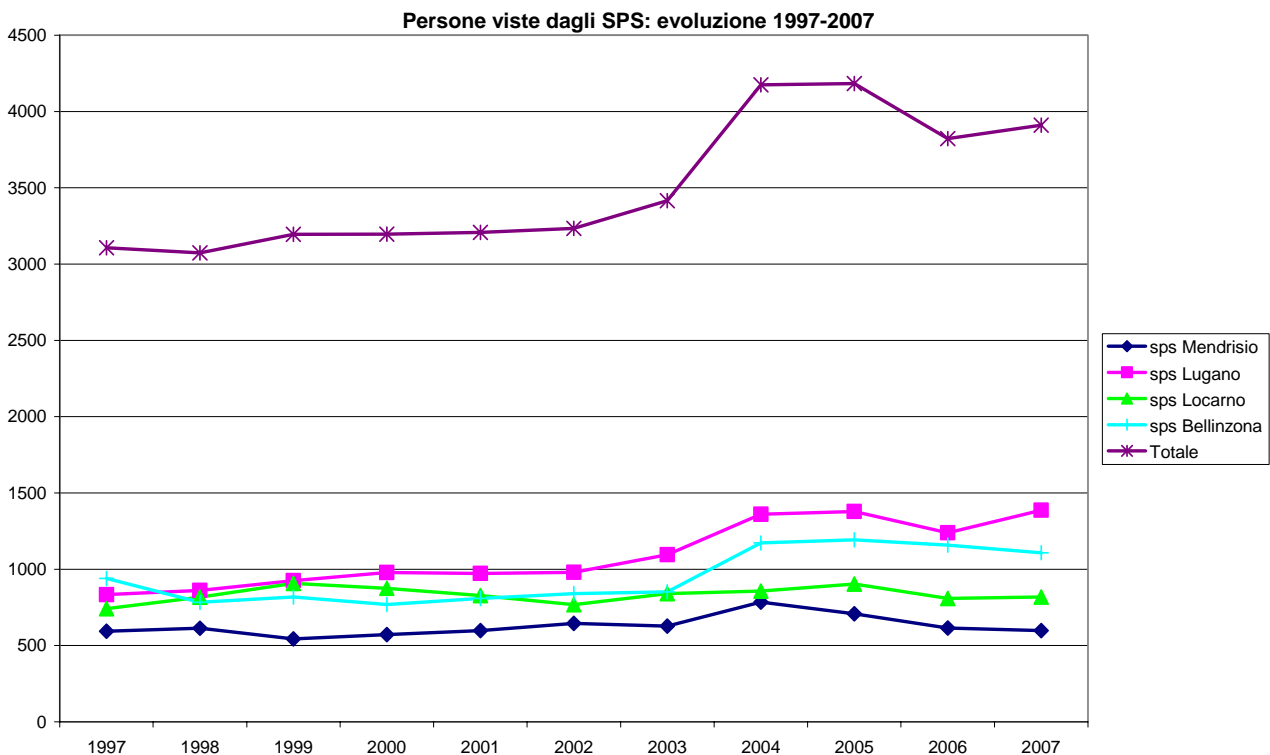
2. I SERVIZI PSICO-SOCIALI (SPS)

2.1. Persone viste

Per quanto riguarda i Servizi pubblici di psichiatria ambulatoriale per adulti si riscontra la situazione seguente (come adulti consideriamo le persone dai 20 anni in avanti):

**nel 2007, 3911 persone hanno avuto almeno un contatto
con i SPS, di cui 3853 adulti,
pertanto 14.7 adulti ogni 1000 residenti adulti**

Si riscontrano differenze da un Servizio all'altro nel numero di pazienti: essi rappresentano rispettivamente 13.7 adulti su 1000 residenti adulti nel Mendrisiotto, 12.8 nel Luganese, 15.2 nel Locarnese e Valli e 18.2 nel Bellinzonese. Queste differenze si spiegano in parte con la diversa presenza di psichiatri privati sul territorio.



Osservando l'evoluzione del numero di persone viste negli ultimi anni dai Servizi psico-sociali, possiamo notare una crescita costante dal 1997 al 2003. Nel 2004 e 2005 i Servizi per adulti hanno registrato il più alto numero di contatti, per poi tornare ad una situazione in linea con l'andamento degli anni precedenti.

Il Servizio di Lugano presenta un'evoluzione analoga a quella del totale dei servizi, ma registra nel 2007 un aumento importante con 1387 pazienti rispetto ai 1240 del 2006. Il 42.8% delle persone viste sono casi nuovi o risegnalazioni (percentuale più alta rispetto all'anno precedente in cui i casi nuovi o risegnalati rappresentavano il 37.9% dei pazienti).

Il Servizio di Bellinzona nel 2007 registra 1108 casi, 60.2% dei quali già seguiti dagli anni precedenti e 39.8% invece nuovi o risegnalati (nel 2005 e nel 2006 questi pazienti rappre-

sentavano il 36% del totale). Globalmente nell'arco di dieci anni si è assistito ad un aumento del numero di pazienti, cresciuto sensibilmente nel 2004 per mantenersi sostanzialmente costante negli ultimi 3 anni.

Il Servizio di Locarno mostra una sostanziale stabilità nell'evoluzione. Nel 2007 le persone viste sono state 818, il 55.6% delle quali era già seguito dall'anno o dagli anni precedenti.

Anche il Servizio di Mendrisio presenta, ad eccezione del valore massimo del 2004, un andamento abbastanza costante del numero di persone viste. Nel 2007 i pazienti sono stati 598, dei quali il 38.3% casi nuovi o risegnalati.

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Le **donne** si rivolgono leggermente di più ai SPS (51.3% donne, 48.7% uomini nel 2007). Le persone **tra i 40 e i 64 anni** e quelle **tra i 20 e i 39 anni** fanno capo in proporzioni simili ai Servizi psichiatrici pubblici per adulti:

1379 persone, ossia	16.5 ogni 1000 abitanti tra i 20 e i 39 anni
1926 persone, ossia	16.6 ogni 1000 abitanti tra i 40 e i 64 anni
548 persone, ossia	8.7 ogni 1000 abitanti tra gli anziani

con una distribuzione un po' diversa per le donne e per gli uomini, i quali sono più presenti tra i 20 e i 39 anni e meno presenti dopo i 65 anni.

Per quanto concerne le attività professionali (Tab. 1), solo una persona su tre circa sembra avere una professione retribuita, con una prevalenza delle categorie socio-economiche inferiori. Il 34.9% delle persone che hanno avuto contatti nel 2007 con i Servizi beneficia di una rendita di invalidità o è beneficiario di una rendita AVS. I disoccupati sono il 7% di tutta la casistica dei SPS, mentre le persone senza attività il 15.2%.

Tabella1. SPS: attività lavorative nel 2006 e 2007

	2006		2007	
	N.	%	N.	%
Operaio, artigiano, agricoltore	486	12.6	499	12.7
Impiegato	445	11.6	440	11.3
Accademico, indep., gerente impresa	153	4.0	129	3.3
Casalinga	295	7.7	267	6.8
In formazione	132	3.5	146	3.7
Beneficiario di una rendita (AVS, AI)	1315	34.6	1364	34.9
Disoccupato	242	6.3	272	7.0
Nessuna attività prof.	566	14.8	595	15.2
Altro, non si sa	188	4.9	199	5.1
Totale	3822	100	3911	100

2.2. Flussi: segnalazioni e invii

I pazienti dei Servizi psico-sociali sono costituiti per la maggior parte di persone che si autosegnalano (il 22.5% nel 2007) e di pazienti segnalati da medici privati non psichiatri (15.5%).

Nel 2007 il 12.7% delle persone viste ai SPS (498 persone) provengono direttamente dalla Clinica psichiatrica cantonale e sono inviati ai Servizi per essere seguiti ambulatorialmente.

I casi per i quali è richiesto un intervento da parte dei medici degli ospedali generali per pazienti degenti e dei medici di Pronto soccorso rappresentano il 12.9% (dal 1997 in avanti, il SPPM ha assorbito infatti questa casistica, soprattutto rispetto al Servizio di Lugano), mentre le segnalazioni di psichiatri, psicologi e psicoterapeuti privati rappresentano intorno al 5% degli invii per ogni Servizio.

Queste percentuali sono abbastanza stabili negli ultimi 10 anni, tranne le segnalazioni da parte di medici privati non psichiatri che hanno conosciuto una costante, anche se non elevata, diminuzione.

Nonostante la presa a carico resti il motivo di invio più frequente (2/3 degli invii, con una percentuale più alta a Mendrisio e a Lugano), l'attività di consulenza¹ richiesta ai 4 Servizi resta consistente (29% delle richieste, con una proporzione decisamente più elevata a Locarno, 43%) (Tab. 2). A fronte di questi motivi di invio, la presa a carico reale proposta dai Servizi sale al 72% (Tab. 3).

Tabella 2. SPS: motivo dell'invio nel 2007

	SPS Mendrisio		SPS Lugano		SPS Locarno		SPS Bellinzona		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Consulenza	136	22.8	318	22.9	350	42.8	324	29.2	1128	28.9
Presa a carico	430	71.9	1006	72.5	426	52.1	742	67.0	2604	66.6
Perizia	6	1.0	30	2.2	24	2.9	20	1.8	80	2.0
Altro	14	2.3	26	1.9	18	2.2	13	1.2	71	1.8
Dati mancanti/ non si sa	12	2.0	7	0.5	-	-	9	0.8	28	0.7
Totale	598	100	1387	100	818	100	1108	100	3911	100

Tabella 3. SPS: proposte del Servizio nel 2007

	SPS Mendrisio		SPS Lugano		SPS Locarno		SPS Bellinzona		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Consulenza	76	12.7	191	13.8	160	19.6	274	24.7	701	17.9
Presa a carico	464	77.6	1078	77.8	492	60.1	764	69.0	2798	71.6
Perizia	5	0.8	32	2.3	20	2.4	19	1.7	76	1.9
Segnalato a altri	10	1.7	20	1.4	36	4.4	12	1.1	78	2.0
Ricovero CPC	22	3.7	33	2.4	75	9.2	20	1.8	150	3.8
Altro	9	1.5	24	1.7	35	4.3	10	0.9	78	2.0
Dati mancanti/ non si sa	12	2.0	9	0.6	-	-	9	0.8	30	0.8
Totale	598	100	1387	100	818	100	1108	100	3911	100

¹ Per "consulenza" si intendono le consultazioni, effettuate in sede o all'esterno, di pazienti inviati da altri professionisti o Enti per una valutazione clinica a cui può seguire o meno una presa a carico.

2.3. Alcune caratteristiche cliniche degli utilizzatori dei Servizi psico-sociali

I quadri diagnostici principali

Tra i pazienti che si sono rivolti ai SPS nel 2007 (Tab. 4) le diagnosi più frequenti sono quelle di schizofrenia, sindrome schizotipica e delirante (21.4%), di sindromi affettive (depressioni, 19.1%) e di sindromi nevrotiche e legate a stress (18.7%). Negli anni questi tre gruppi diagnostici sono i più rilevanti in modo stabile. Anche i disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive (12.5%) sono presenti in modo importante, in particolare la percentuale di abuso di sostanze che non siano l'alcool è quasi raddoppiato rispetto agli anni passati (4.2% nel 2006 e 8.2% nel 2007). Rilevanti (8.2%) sono anche i problemi familiari, di coppia, sul lavoro e altre difficoltà che richiedono un trattamento ma non sono attribuibili ad un disturbo mentale.

Tra le donne sono più frequenti i disturbi affettivi (depressioni) e i disturbi d'ansia, mentre tra gli uomini le schizofrenie e l'abuso di sostanze psicoattive.

La frequenza delle diagnosi nel 2006 e nel 2007 è stata la seguente:

Tabella 4. SPS: diagnosi psichiatrica principale nel 2006 e nel 2007

	2006		2007	
	N.	%	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica comprese quelle sintomatiche	90	2.4	90	2.3
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	355	9.3	488	12.5
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	846	22.1	838	21.4
Sindromi affettive	769	20.1	748	19.1
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	716	18.8	731	18.7
Disturbi della personalità e del comportamento	547	14.3	490	12.5
Ritardo mentale	70	1.8	66	1.7
Altre diagnosi psichiatriche	54	1.4	50	1.3
Nessuna diagnosi + altri problemi	375	9.8	410	10.5
Totale	3822	100	3911	100

I precedenti psichiatrici

Il 71.2% dei pazienti visti dagli SPS nel 2007 hanno avuto precedenti psichiatrici. Il 35.9% è già stato visto da un servizio ambulatoriale per adulti dell'OSC (SPS o SPPM), il 26.7% è già stato ricoverato in CPC, il 26% ha avuto contatti con uno psichiatra privato e il 21.3% ha contattato un medico privato non psichiatra per delle cure psichiatriche.

3. IL SERVIZIO DI PSICHIATRIA E PSICOLOGIA MEDICA (SPPM)

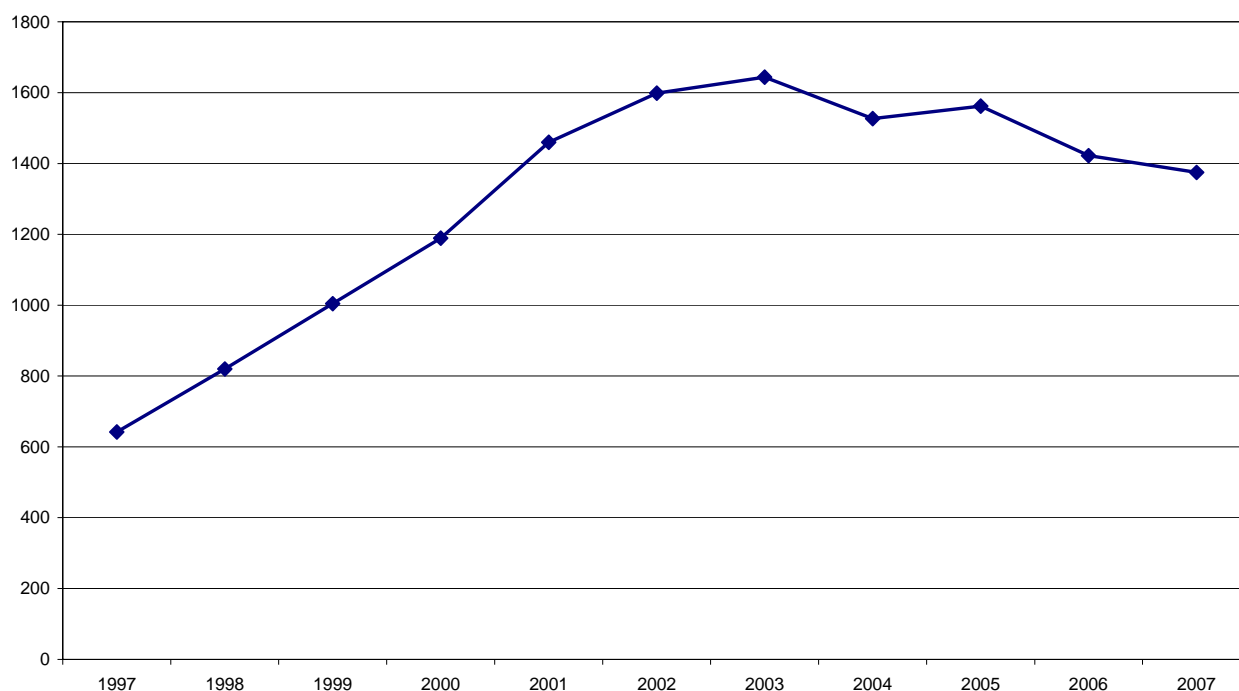
Questo Servizio dell'OSC, attivo a partire dal 1997, oltre all'attività clinica di consultazione, di liaison e di terapia con i pazienti, svolge un compito particolare di formazione e sostegno del personale curante della medicina somatica ospedaliera e ambulatoriale.

Il Servizio è attivo in particolare presso l'Ospedale regionale di Lugano e della Beata Vergine a Mendrisio nonché presso la Clinica di riabilitazione di Novaggio e l'Istituto oncologico della Svizzera Italiana (IOSI).

3.1. Persone viste

nel 2007 1375 persone hanno avuto almeno un contatto con il SPPM, di cui 1342 adulti, pertanto 5.1 adulti ogni 1000 adulti residenti in Ticino

Persone viste dal SPPM: evoluzione 1997-2007



Nei primi sei anni di attività il numero di persone seguite è molto aumentato (642 nel 1997, 1189 nel 2000 e 1644 nel 2003) per poi diminuire leggermente negli ultimi anni (1562 nel 2005 e 1422 nel 2006 e 1375 nel 2007). Nel 1997, essendo il primo anno di attività, i pazienti erano tutti nuovi casi mentre negli anni successivi la percentuale di persone già viste negli anni precedenti è stata di circa il 30%.

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Si rivolgono di più al Servizio le donne (64.7%) e le persone tra i 40 e i 64 anni.

- 4.4 persone ogni 1000 abitanti tra i 20 e i 39 anni
- 6.0 persone ogni 1000 abitanti tra i 40 e i 64 anni
- 4.5 persone ogni 1000 abitanti tra gli anziani

Vediamo nella Tabella 5 le attività lavorative dei pazienti del SPPM del 2006 / 2007.

Tabella 5. SPPM: Attività lavorative nel 2006 e nel 2007

	2006		2007	
	N.	%	N.	%
Operaio, artigiano, agricoltore	83	6.0	74	5.6
Impiegato	255	18.5	251	18.9
Accademico, indipendente, gerente impresa	63	4.6	69	5.2
Casalinga	117	8.5	116	8.7
In formazione	72	5.2	60	4.5
Beneficiario di una rendita	435	31.6	439	32.9
Disoccupato	37	2.7	38	2.9
Nessuna attività prof.	241	17.5	190	14.3
Altro, non si sa	75	5.4	94	7.0
Totale	1378⁸	100	1331¹	100

3.2. Flussi: segnalazioni e invii

Evidentemente le segnalazioni maggiori arrivano dal medico ospedaliero o dal Pronto soccorso (il 72%) ma c'è una percentuale di persone (7%) che si autosegnala.

Il motivo dell'invio principale è chiaramente la consulenza, 69.5%(Tab. 6). Le richieste di presa a carico sono fondamentalmente stabili negli ultimi 4 anni, in media attorno al 22%, mentre le perizie nell'ultimo anno sono diminuite.

Tabella 6. SPPM: motivo dell'invio nel 2006 e nel 2007

	2006		2007	
	N.	%	N.	%
Consulenza	940	66.1	956	69.5
Presa a carico	322	22.6	302	22.0
Perizia	146	10.3	93	6.8
Altro	14	1.0	21	1.5
Dati mancanti/non si sa			3	0.2
Totale	1422	100	1375	100

⁸ Dall'inizio del 2006 è stato istituito un picchetto di secondo livello effettuato negli ospedali sottocenerini dell'EOC dai medici psichiatri dei SPS e della CPC. In alcuni casi questi pazienti non vengono visti in seguito da operatori del SPPM, per cui per loro non viene compilata nessuna scheda statistica quindi i dati sull'attività svolta e sulla diagnosi non sono disponibili. Siccome nel 2006 e nel 2007 i pazienti visti solo dai medici dei SPS e della CPC sono stati 44, per queste variabili il totale dei casi è 1378 (invece di 1422) nel 2006 e 1331 (invece di 1375) nel 2007.

3.3. Alcune caratteristiche cliniche degli utilizzatori del Servizio di psichiatria e psicologia medica

I quadri diagnostici principali

Tra i pazienti che si sono rivolti al SPPM sono prevalenti le sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi (37.6%) e i disturbi affettivi (14.5%), elevata anche la proporzione di persone per cui non è stata rilevata nessuna patologia psichiatrica (18.7%)(Tab. 7). La prevalenza di questi quadri diagnostici è comprensibile vista l'attività particolare svolta dal SPPM negli ospedali di cura generale.

Tabella 7. SPPM:diagnosi psichiatrica principale nel 2006 e nel 2007

	2006		2007	
	N.	%	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica comprese quelle sintomatiche	28	2.0	32	2.4
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	110	8.0	103	7.8
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	50	3.6	48	3.6
Sindromi affettive	223	16.2	193	14.5
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	502	36.5	500	37.6
Sindromi e disturbi da alterazioni di funzioni psicologiche	95	6.9	96	7.2
Disturbi della personalità e del comportamento	134	9.7	103	7.7
Altre diagnosi psichiatriche	7	0.5	6	0.5
Nessuna diagnosi + altri problemi	229	16.6	250	18.7
Totale	1378	100	1331	100

Le persone viste dal SPPM hanno avuto minori contatti con altre strutture psichiatriche rispetto ai pazienti dei SPS (nel 2007 il 51.5% ha avuto precedenti psichiatrici, per la maggior parte SPS o medici psichiatri privati, mentre la percentuale di persone che hanno già avuto un contatto con la CPC è di circa l'8%).

4. I SERVIZI MEDICO-PSICOLOGICI PER MINORI (SMP)

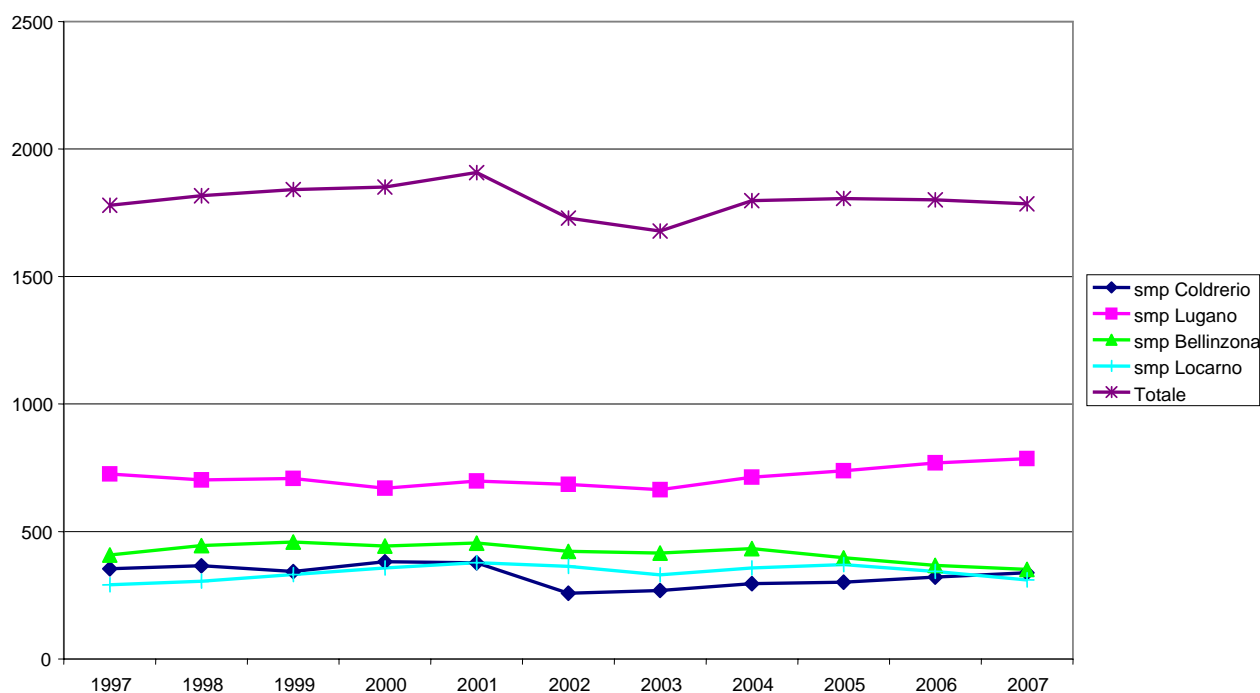
4.1. Persone viste

Nei Servizi ambulatoriali pubblici per minori, vengono visti per lo più bambini e adolescenti; tuttavia, vi si rivolge anche un certo numero di adulti.

nel 2007 1785 soggetti hanno avuto almeno un contatto con i SMP, di cui 1493 minori, ossia 24 minori ogni 1000 minorenni residenti in Ticino

Prendendo in esame l'evoluzione dal 1997 al 2007 delle persone viste dagli SMP si evidenziano percorsi evolutivi diversi per i vari Servizi. Dal 2003 al 2007 Lugano ha registrato un continuo aumento dei pazienti per arrivare nel 2007 a 786 soggetti visti. Locarno dal 2005 conosce una leggera diminuzione (310 persone nel 2007). Il Servizio di Coldrerio, dopo una diminuzione abbastanza marcata tra il 2001 e il 2002, ha avuto una ripresa costante fino al 2007 (338 le persone viste). A Bellinzona vi è stata una diminuzione dal 2004 al 2007, anno nel quale sono stati registrati 351 pazienti. Osservando il totale dei Servizi si evidenzia una tendenza piuttosto uniforme ad eccezione del periodo 2001-2003 che registra un calo degli utenti.

Persone viste dagli SMP: evoluzione 1997-2007



Nel 2007 i casi in corso rappresentano la maggioranza (57.6%) rispetto a quelli nuovi o alle risegnalazioni, in particolare a Bellinzona (66.4%). Soltanto a Coldrerio vi è una lieve maggioranza di casi nuovi/risegnalati (50.9%).

A Coldrerio i minori (fino a 19 anni) rappresentano il 92.9% dei pazienti, ossia 31.7 persone su 1000 di questa fascia d'età del Mendrisiotto.

Nel Servizio di Lugano l' 82.2% sono minori, pari a 25.2 minori su 1000 del Luganese.

A Bellinzona la percentuale dei minori è del 78.9% pari a 18.9 minori su 1000 del Bellinzonese e Valli superiori.

Al Servizio di Locarno l'82.6% sono minori, ossia 21.3 minori su 1000 minori residenti nella regione.

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Nel 2007 sono stati soprattutto i ragazzi e le ragazze tra 12 e 19 anni (42.2%) a far capo ai Servizi psichiatrici pubblici per minori. Per quanto riguarda l'età tra 6 e 11 anni, essa rappresenta la seconda fascia in ordine di presenza (32.2%) con una percentuale un po' meno elevata a Bellinzona. Seguono poi gli adulti (16.4%), con una percentuale un po' più elevata a Bellinzona e una più bassa a Coldrerio. Per quanto riguarda i bambini tra 0 e 5 anni (9.2%), a Bellinzona e Locarno si registrano le percentuali più basse mentre Coldrerio presenta la percentuale più elevata.

Tabella 8. SMP: Fasce d'età nel 2007

	SMP Coldrerio		SMP Lugano		SMP Bellinzona		SMP Locarno		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
0-5 anni	45	13.3	82	10.4	16	4.5	21	6.8	164	9.2
6-11 anni	116	34.3	264	33.6	93	26.5	102	32.9	575	32.2
12-19 anni	153	45.3	300	38.2	168	47.9	133	42.9	754	42.2
Adulti	24	7.1	140	17.8	74	21.1	54	17.4	292	16.4
Totale	338	100	786	100	351	100	310	100	1785	100

I pazienti che maggiormente entrano in contatto con i SMP sono maschi (56.1%).

4.2. Flussi: modalità di contatto

La fonte di invio principale è la famiglia con una percentuale del 57.3%, con una tendenza ad un continuo aumento rispetto agli anni precedenti. La seconda modalità di contatto, in ordine di importanza, è l'autosegnalazione con il 9.4%.

Le segnalazioni giunte complessivamente dalla scuola e dal Servizio di sostegno pedagogico rappresentano l'8.3%. Per il Servizio di sostegno pedagogico si segnala una diminuzione rispetto agli anni precedenti dal 4.0% del 2005 al 2.9% del 2007. Specialmente presso il SMP di Coldrerio si registra una diminuzione di segnalazioni da parte della scuola rispetto al 2006, passando dal 7.5% al 4.1%. Il Servizio di Locarno, al contrario, ha una percentuale del 14.2% di segnalazioni da parte degli enti scolastici e di sostegno, in aumento rispetto al 2006 per la scuola.

Per quanto riguarda i pazienti inviati dai medici non psichiatri, le segnalazioni sono lievemente diminuite negli ultimi tre anni per quanto riguarda la totalità dei servizi. A Coldrerio questa modalità di contatto ha subito un dimezzamento; nel 2005 era il 7.0% mentre nel 2007 il 3.3%, mentre a Locarno vi è un aumento dal 5.1% del 2005 al 7.1% del 2007.

4.3. Trattamenti

L'83,9% di tutti i pazienti visti nel corso del 2007 dai SMP (Tab. 9) è stato preso a carico⁹. Le altre forme di trattamento rappresentano percentuali molto minori; la consulenza, sulla totalità dai pazienti, è del 17% seguita dalla perizia, dall'aiuto pratico e infine dalla sola investigazione.

Tabella 9. SMP: Trattamento per servizio nel 2007

	SMP Coldrerio		SMP Lugano		SMP Bellinzona		SMP Locarno		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Presa a carico in varie forme	286	84.6	668	85.0	286	81.5	257	82.9	1497	83.9
Consulenza	90	26.6	140	17.8	54	15.4	19	6.1	303	17.0
Aiuto pratico	4	1.2	17	2.2	51	14.5	16	5.2	88	4.9
Solo investigazione	16	4.7	48	6.1	12	3.4	3	1.0	79	4.4
Perizia	35	10.4	69	8.8	11	3.1	19	6.1	134	7.5
Altro / Sconosciuto	42	12.4	17	2.2	32	9.1	55	17.7	146	8.2

La somma in % non è 100%, poiché sono possibili più risposte

4.4. I quadri diagnostici principali

I disturbi maggiormente riscontrati nei SMP nel 2007 sono i disturbi comportamentali ed emozionali (37.0%) e i disturbi nevrotici e da stress (18.4%). La distribuzione rispetto ai quadri diagnostici è simile a quella degli anni precedenti.

I principali quadri diagnostici nel 2007 sono stati i seguenti:

Tabella 10. SMP: Diagnosi principali nel 2007

Quadri diagnostici	2007	
	N.	%
Disturbi affettivi	63	3.6
Disturbi nevrotici legati a stress e somatoformi	328	18.4
Disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici	57	3.2
Disturbi di personalità e comportamentali nell'adulto	59	3.3
Disturbi da alterazione globale dello sviluppo psicologico	65	3.6
Disturbi comportamentali e emozionali con esordio nell'infanzia e nell'adolescenza	661	37.0
Altri disturbi psichici	127	7.1
Diagnosi sull'asse 2	41	2.3
Diagnosi sull'asse 3	12	0.7
Diagnosi sull'asse 4, 5 o 6	218	12.2
Nessuna diagnosi	154	8.6
Totale	1785	100

⁹ I trattamenti conteggiati come prese a carico sono: intervento di crisi, consultazione, psicoterapia individuale, psicoterapia madre-bambino/coppia o famiglia, psicoterapia di gruppo, trattamento psichiatrico integrato e trattamento psicosociale. I pazienti indicati come presi a carico hanno avuto almeno un trattamento di quelli sopra elencati.

4.5. I Centri psico-educativi

I minorenni ospiti dei Centri psico-educativi sono conteggiati tra i pazienti in cura presso i SMP. Diamo di seguito alcune informazioni riguardanti questa casistica riferite al 2007.

Tabella 11. I Centri Psico-educativi: numero di pazienti

	CPE Stabio*		CPE Lugano		CPE Minusio**		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Presenti 1.1.2007	19	73.1	40	70.2	9	56.2	68	68.7
Ammessi nel 2007	7	26.9	17	29.8	7	43.8	31	31.3
Totale	26		57		16		99	
Dimessi nel 2007	8	30.8	12	21.0	2	12.5	22	22.2
Presenti 31.12.2007	18		45		14		77	

* il CPE di Stabio, l'unico avente carattere anche residenziale, ha avuto nel 2007 6 utenti interni

** dal 14.7.2008 il CPE è stato trasferito a Gerra Piano

Tra i 31 pazienti ammessi ai CPE nel 2007, il 61.3% proveniva dalla scuola dell'infanzia/asilo nido, il 32.3% dalla scuola regolare e il 6.4% aveva altre provenienze. La destinazione dei 22 dimessi è stata, per l'4.5% un invio alla scuola dell'infanzia, per il 68.2% la scuola/scuola speciale, per il 13.7% altri istituti, per il 4,5% il trasferimento a domicilio e per il 9.1% altre destinazioni non specificate.

Il Centro di Lugano è quello che presenta il maggior numero di pazienti seguito da Stabio e infine dal Centro di Minusio.

5. LA CLINICA PSICHIATRICA CANTONALE (CPC) E IL CENTRO ABITATIVO, RICREATIVO E DI LAVORO (CARL)

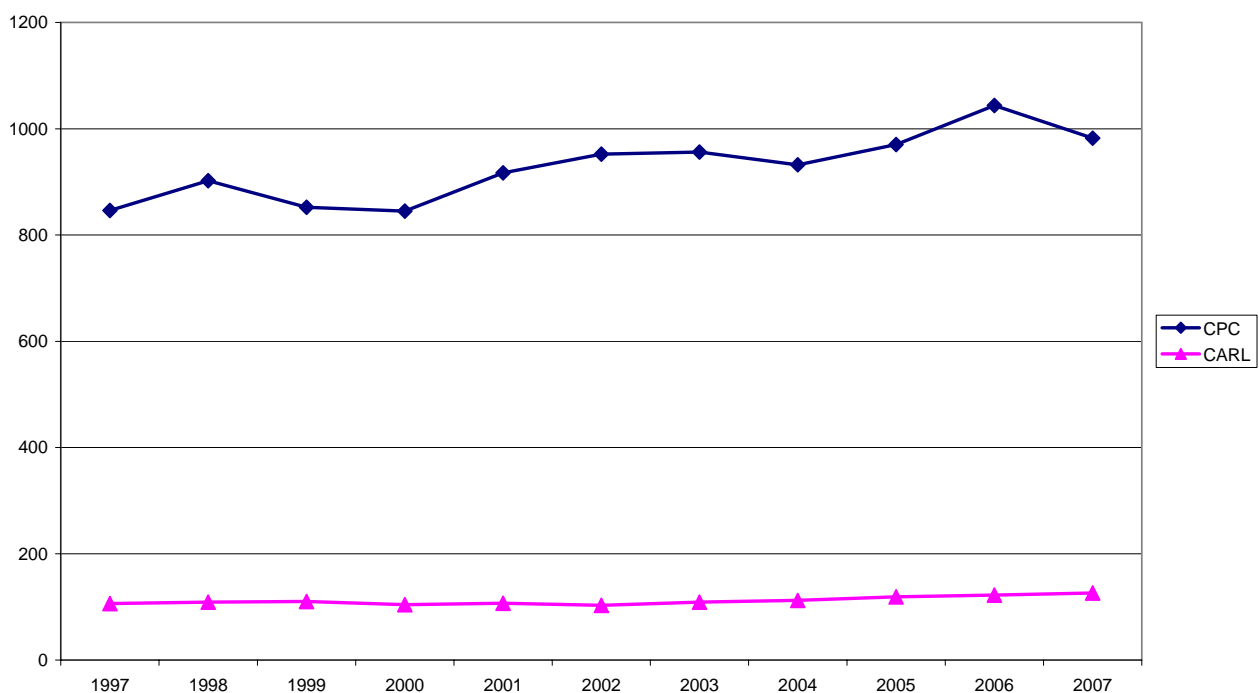
5.1. Numero di pazienti

L'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale (ONC) è stato suddiviso il 1.1.1994, in base al tipo di casistica, nella Clinica psichiatrica cantonale (CPC) per pazienti acuti e nel Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) per pazienti cronicizzati. Le due strutture sono ben distinte sotto vari punti di vista: tipologie di ospiti, immobili, personale, rette, modalità di finanziamento; inoltre alla CPC continua ad esserci una suddivisione settoriale dei pazienti acuti che per gli utenti cronici del CARL non esiste più. La CPC, rispetto al vecchio ONC, si caratterizza maggiormente per l'esistenza di reparti di psichiatria acuta, con degenze più brevi per pazienti con disturbi di pertinenza ospedaliera. Il CARL invece è una struttura residenziale demedicalizzata per casi cronicizzati e comprende reparti per l'alloggio e laboratori protetti.

Proprio per differenziare definitivamente i due istituti che hanno la loro sede nel parco di Casvegno a Mendrisio, il Consiglio di Stato, con il Messaggio no. 5599 del 26 novembre 2004 ha proposto al Parlamento di creare una Fondazione di diritto privato per il CARL. Dopo aver constatato le indicazioni negative provenienti dal Parlamento, l'Esecutivo ha deciso il 15 febbraio 2006 di ritirare il Messaggio per motivi che esulano dalla validità del progetto stesso ma che vanno ricercati nello statuto che si intendeva attribuire al personale che sarebbe stato assunto dalla Fondazione CARL.

**nel 2007 hanno avuto almeno un ricovero
alla CPC 982 persone, ossia 3.7‰ adulti residenti in Ticino,
al CARL 126, ossia 0.5‰ adulti**

Persone con almeno un ricovero a Casvegno: evoluzione 1997-2007



Il numero di pazienti presenti nella struttura di Casvegno dalla sua apertura ad oggi è stato molto variabile, anche in relazione ai grandi eventi storici e culturali del secolo scorso, analogamente a quanto si riscontra negli ospedali psichiatrici degli altri cantoni della Svizzera e degli altri Paesi europei. Dalla fine degli anni '70 le presenze giornaliere (775 persone) hanno conosciuto un continuo e progressivo **calo**, dovuto essenzialmente ad una diminuzione della durata della degenza, in quanto ammissioni e dimissioni sono rimaste elevate. In parallelo, nello stesso periodo, vi è stato lo sviluppo dei Servizi territoriali e quindi la possibilità di presa a carico ambulatoriale. Negli anni '90 la presenza media ha continuato a diminuire; questa tendenza si è invertita nel 2000, iniziando una leggera risalita quasi continua dovuta all'aumento dei posti disponibili al CARL. Nel 2007 la presenza media giornaliera complessiva per CPC e CARL è stata di 246 persone.

La diminuzione della presenza giornaliera è coincisa negli anni '90 con una diminuzione della durata della degenza (passata in CPC da 49 giorni dal 1994, primo anno di esercizio del CARL, a 41 del 1999). La durata della degenza ha continuato la sua diminuzione anche negli anni 2000 (33 giorni nel 2004) con una risalita nel 2007 (36 giorni). A causa del tipo di casistica lungodegente ospitata al CARL, la durata della degenza media in questa struttura è invece sempre molto elevata (320 giorni nel 2007).

5.2. CPC: tendenze 1991-2007

Il Sopraceneri ha nel corso degli anni il tasso minore di ricoverati relativamente alla sua popolazione residente. Dal 2000 si considerano esclusivamente 2 settori (Sottoceneri e Sopraceneri) mentre dal 2001 si sono considerati separatamente i pazienti provenienti da fuori Cantone.

Tabella 12. CPC: numero di pazienti per settore, evoluzione

		1991 ex ONC	1995	2000	2003	2006	2007
Mendrisiotto	} Sottoceneri	192	197	533	529	585	535
Luganese		391	283				
Sopraceneri		335	320	312	362	384	374
Fuori Cantone		---	---		65	75	73
Totale		918	800	845	956	1044	982

I pazienti ricoverati per la prima volta (nuovi casi) sono numericamente piuttosto stabili ed i lungodegenti (con almeno 340 giorni annuali di permanenza in ospedale) dopo la creazione del CARL sono numericamente poco rilevanti. Dal 2005 questa categoria dei lungodegenti, essendo diventata di significatività nulla, è stata unificata con la categoria risegnalazioni. I casi di recidiva (risegnalazioni) alla Clinica sono sempre stati più della metà.

Tabella 13. CPC: Tipologia degli utenti, evoluzione

	1991 ex ONC		1995		2000		2003		2006		2007	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Nuovi casi	251	27.3	301	37.6	344	40.7	370	38.7	414	39.7	375	38.2
Lungodegenti	198	21.6	27	3.4	15	1.8	18	1.9				
Risegnalazioni	469	51.1	472	59.0	486	57.5	568	59.4	630	60.3	607	61.8
Totale	918	100	800	100	845	100	956	100	1044	100	982	100

Il tasso di incidenza, inteso come il numero annuale di nuovi utenti in cura ogni 1000 abitanti, è aumentato fino al 2002 per ridursi leggermente nel 2003 e riprendere a salire fino al 2007.

$$\text{Incidenza} = \frac{\text{Nuovi utenti in cura}}{\text{Popolazione residente in Ticino}} \times 1000$$

1991 (ex ONC): 0.859‰; 1995: 0.983‰; 2000: 1.105‰; 2003: 1.166‰; 2006: 1.274‰; 2007: 1.154‰.

5.3. Flussi: segnalazioni e invii

Nel 2007 i pazienti della Clinica sono stati segnalati in modo più rilevante dai medici degli ospedali generali (24.2% delle entrate, in aumento negli ultimi anni), mentre precedentemente erano segnalati in prevalenza da medici dei Servizi ambulatoriali SPS/SMP/SPPM (15.1% nel 2007) e da medici privati non psichiatri (9.2% nel 2007). Meno frequenti, ma in aumento, sono le segnalazioni degli psichiatri/psicologi privati (11.2%).

Per quanto riguarda invece la post-cura, i pazienti dimessi vengono inviati soprattutto ai Servizi psichiatrici ambulatoriali pubblici anche se con percentuali in calo negli ultimi anni (32.8% dei pazienti dimessi nel 2007); vi è una diminuzione anche degli invii a medici privati non psichiatri (12.0%).

La percentuale dei pazienti che vengono inviati a psichiatri e psicologi privati è superiore a quella dei pazienti segnalati alla CPC dalle stesse figure professionali (11.2% segnalati, 22.4% inviati); così come gli invii ai SPS sono maggiori rispetto alle segnalazioni (15.1% segnalati alla CPC dai SPS, 32.8% inviati dalla CPC ai SPS nel 2007).

I Settori Sottoceneri e Sopraceneri della CPC inviano i pazienti per la post-cura ai medici dei Servizi ambulatoriali SPS/SMP in modo simile; il Sopraceneri invia in misura importante anche a psichiatri/psicologi privati (25.3%), come emerge dalla tabella che segue. Nella categoria "Altro" sono raggruppate diverse voci numericamente meno importanti quali le case per anziani, le Antenne, il Penitenziario Cantonale, il Medico Delegato, altri Organi di Giustizia, i Servizi sociali e così via, soluzioni che risultano maggiormente utilizzate nel Sottoceneri rispetto al Sopraceneri.

Tabella 14. CPC: invii alla dimissione per settore nel 2007

	Sottoceneri		Sopraceneri		Fuori Cantone		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
SPS/SMP/SPPM/Serv. Sociali	277	33.4	210	34.9	9	10.8	496	32.8
Psichiatra, psicologo privati	170	20.5	152	25.3	17	20.5	339	22.4
Medico priv. non psichiatra	107	12.9	66	11.0	9	10.8	182	12.0
Altro	285	34.3	178	29.6	61	73.5	524	34.6

La somma in % non è 100%, poiché sono possibili più risposte

5.4. Alcune caratteristiche della casistica CPC

I quadri diagnostici principali

Le diagnosi prevalenti tra i pazienti della clinica sono la schizofrenia e le sindromi deliranti (29.0% ma in calo), le sindromi e i disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive (21.6% fra cui prevalgono quelle legate all'abuso/dipendenza da alcool), le sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi (14.3%) , mentre i disturbi della personalità e del comportamento stanno diminuendo (10.6%).

Tabella 15. CPC: diagnosi principale nel 2006 e nel 2007

	2006		2007	
	N.	%	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica	23	2.2	21	2.1
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	236	22.6	212	21.6
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	307	29.4	285	29.0
Sindromi affettive	126	12.1	140	14.3
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	96	9.2	103	10.5
Disturbi della personalità e del comportamento	110	10.5	104	10.6
Ritardo mentale	26	2.5	21	2.1
Altre diagnosi psichiatriche	9	0.9	10	1.0
Non concerne + altri problemi	111	10.6	86	8.8
Totale	1044	100	982	100

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Sono più spesso gli uomini ad essere ricoverati in Clinica (54.8%) e, in valori assoluti, le persone tra i 41 e i 64 anni. Rispetto alla fascia di età nella popolazione invece continuano ad essere preponderanti le persone tra i 20 e i 40 anni, mentre al di sotto di questa età e sopra i 65 anni le persone ricoverate rappresentano una percentuale nettamente inferiore rispetto alle corrispondenti classi di età della popolazione residente in Ticino.

Tabella 16. CPC: composizione per età della popolazione ticinese e degli utenti 2006/2007

	2006		2007	
	% Popolazione	% Pazienti	% Popolazione	% Pazienti
0-19 anni	19.1	2.8	19.1	2.7
20-40 anni	25.8	41.1	25.8	40.3
41-64 anni	35.7	31.2	35.7	42.8
65+ anni	19.4	14.9	19.4	14.2
Totale	100	100	100	100

L'età media è di 45 anni, ed è più elevata fra le risegnalazioni (46.4 anni contro 42.8 anni dei nuovi casi).

Solo il 18.7% svolgeva un'attività professionale (generalmente poco qualificata), proporzione molto più bassa di quella riscontrata nei pazienti dei Servizi ambulatoriali.

Tabella 17. CPC: Attività lavorative nel 2007

	2007	
	N.	%
Operaio, agricoltore	96	9.8
Impiegato	62	6.3
Accademico, indipendente	26	2.6
Casalinga	254	25.9
In formazione	46	4.7
Programmi di riabilitazione	13	1.3
Altro, non si sa	108	11.0
Non concerne (non risponde)	377	38.4
Totale	982	100

5.5. CARL: tendenze 1995-2007

La casistica del CARL è pressoché costante anche se in aumento negli ultimi anni con l'aumento del numero di posti letto da 100 a 112 (1995: 109 ospiti; 1999: 110 ospiti; 2003: 109 ospiti; 2006: 122 ospiti; 2007: 126 ospiti). La degenza media per utente è stata di 320 giorni nel 2007; nel caso di congedi o di ricoveri transitori in ospedale generale non viene ammessa un'altra persona se non in caso di dimissione definitiva, che spesso avviene per decesso, data l'età degli ospiti.

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Si ha una netta prevalenza di uomini (60.3% nel 2007) e di persone sopra i 40 anni, sia in valori assoluti che in rapporto alla popolazione.

Tabella 18. CARL: composizione per età della popolazione ticinese e degli utenti nel 2006 e nel 2007

	2006		2007	
	% Popolazione	% Utenti	% Popolazione	% Utenti
0-19 anni	19.1	-	19.1	-
20-40 anni	25.8	9.8	25.8	8.7
41-64 anni	35.7	56.6	35.7	59.5
65+ anni	19.4	33.6	19.4	31.8
Totale	100	100	100	100

Tutti gli ospiti del CARL beneficiano di una rendita AI o AVS secondo l'età.

La segnalazione è sempre fatta dalla CPC, presso la quale i futuri ospiti del CARL sono degenti e dalla quale provengono direttamente.

I quadri diagnostici principali

Le diagnosi prevalenti sono la schizofrenia e le sindromi deliranti (54.8%) e il ritardo mentale (15.9%).

La frequenza delle diagnosi nel 2007 è stata la seguente:

Tabella 19. CARL: diagnosi principale nel 2007

	2007	
	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica compresi quelli sintomatici	4	3.2
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	13	10.3
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	69	54.8
Sindromi affettive	9	7.1
Ritardo mentale	20	15.9
Altre diagnosi	10	7.9
Altri problemi	1	0.8
Totale	126	100

Sintomi psichiatrici e socio-affettivi - Grado di autonomia

Le persone che svolgono un'attività lavorativa-occupazionale (Laboratori protetti) con regolarità sono il 59%, mentre quelle incapaci di gestire i propri spazi individuali sono state il 42% nel 2007. Circa il 31% presenta una compromissione importante della sfera cognitiva, ed il 30/35% ha problemi di autonomia legati alla mobilità ed al vestirsi.

Delle 126 persone ospiti al CARL nel 2007 circa il 70% ha avuto il suo primo ricovero in Clinica psichiatrica almeno 20 anni prima e lo ha avuto prima dei 40 anni di età.

6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Nel 2007, sommando tutte le persone che si sono rivolte a qualche struttura dell'OSC, si raggiunge un totale di **8278 utenti**. Erano 5207 nel 1991 e 7260 nel 2000. Questo marcato aumento negli ultimi decenni può essere visto come lo specchio di quanto le persone facciano capo ai Servizi psichiatrici pubblici del Canton Ticino.

L'OMS afferma che i disturbi mentali rappresentano una causa di malattia sempre più frequente e un sempre più sostanziale contributo al carico totale delle malattie nel mondo. Nei paesi occidentali nel 2005, il 27.4% di tutti gli anni di vita potenziale persi a causa di invalidità o di mortalità prematura sono dovuti a condizioni neuropsichiatriche (percentuale maggiore di quelle legate al cancro o alle malattie cardiovascolari); in particolare, nell'ordine, ai disturbi affettivi e ai disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive. E la proiezione per il 2030 assegna un ruolo ancora maggiore a questi disturbi (33%) (Prince et al., 2007¹⁰).

Questa situazione si riscontra anche nei dati riguardanti l'evoluzione del numero di persone dichiarate invalide a causa di disturbi psichici in Svizzera: dal 1990 al 2006 sono più che triplicate, passando da 30'484 a 97'889 (ossia il 22.4% di tutti i beneficiari AI nel 1990 e il 38.1% nel 2006) (OFS, 2006).

La diffusione del disagio psichico nella popolazione generale è un aspetto che deve far riflettere per la sua entità e per le sue conseguenze. Gli studi epidemiologici indicano che più di un quarto delle persone in Europa soffre o ha sofferto di almeno un disturbo psichico negli ultimi 12 mesi (Wittchen & Jacobi, 2005¹¹): questo porta ad un totale di 83 milioni di persone toccate dal problema. Lo studio condotto da Angst et al. (2005¹²) su una coorte di 4500 giovani zurighesi seguita per 20 anni, mostra come i disturbi affettivi, i disturbi d'ansia e somatoformi e la dipendenza/abuso da sostanze siano i problemi psichici più frequenti nella popolazione, risultati che vengono confermati tra gli altri dall'European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (Alonso et al., 2004a¹³). Esaminando con una meta-analisi gli studi svolti in Europa si arriva a stimare che il 12% della popolazione soffre o ha sofferto di un disturbo d'ansia negli ultimi 12 mesi, l'11% di un disturbo somatoforme e il 9% di un disturbo affettivo (7% una depressione maggiore). Le persone che presentano un problema di dipendenza da sostanze sono il 3.4% (Wittchen & Jacobi, 2005¹¹). Inoltre queste tendenze vanno rafforzandosi: il rischio di morbilità nelle psicosi maggiori non sembra in aumento, soprattutto per quanto riguarda i nuovi casi, mentre la depressione, i disturbi alimentari e i disturbi somatoformi sono in aumento.

Alla luce delle prevalenze, non sorprende dunque che la tendenza all'aumento della casistica dell'OSC sia dovuta in grande maggioranza **all'incremento conosciuto dai servizi ambulatoriali**, i cui utenti presentano prevalentemente questo tipo di patologie. Negli ul-

¹⁰ Prince M, Patel V, Saxena S, et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*; 370: 859-877

¹¹ Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology: the Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4): 357–376.

¹² J. Angst, A. Gamma, M. Neuenschwander, V. Ajdacic-Gross, D. Eich, W. Rossler & K. R. Merigangas. (2005) Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14 (2): 68-76.

¹³ J. Alonso, et al (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (s420): 21-27.

timi venticinque anni il numero di persone che si sono rivolte ai Servizi psico-sociali e al Servizio di psichiatria e psicologia medica è triplicato (da 1818 soggetti nel 1985 a 5286 nel 2007). La Clinica psichiatrica invece presenta una sostanziale stabilità nel numero di pazienti (da 1080 persone ricoverate a Casvegno nel 1985 a 1108 -CPC 982 / CARL 126- nel 2007). Anche l'Osservatorio svizzero della salute, nel documento "La santé psychique en Suisse" (Schuler, Rüesch & Weiss, 2007¹⁴) mette in evidenza l'aumento del ricorso alle cure per problemi psichici, nonostante la stabilizzazione dei tassi di ospedalizzazione.

Siamo quindi confrontati con un sensibile aumento del numero di pazienti adulti seguiti ambulatorialmente e a un bisogno crescente in questo ambito secondo tutte le proiezioni internazionali (Prince et al., 2007⁴; Wittchen & Jacobi, 2005¹¹).

E' utile ricordare che solo una parte di coloro che soffrono di disturbi psichici consultano uno specialista per tali disturbi (in Svizzera nel 2002 circa la metà di coloro che affermano di avere un problema psichico che dura da più di 12 mesi e il 10% di chi dichiara un cattivo equilibrio psichico, Schuler, Rüesch & Weiss, 2007¹⁴), mentre gli altri non seguono trattamenti oppure si rivolgono al loro medico curante generalista (in Europa un terzo delle consultazioni per problemi psichici vengono fatte presso medici non psichiatri, Alonso et al., 2004b¹⁵).

Inoltre un numero rilevante e crescente di pazienti fa capo agli specialisti privati il cui numero è notevolmente aumentato. Nel 2008 in Ticino, oltre ai professionisti che operano all'OSC, si contano 78 psichiatri privati, 197 psicologi (di cui 20 in formazione come psicoterapeuti) e 115 psicoterapeuti. Nel 1999 erano attivi 43 psichiatri, 117 psicologi e 50 psicoterapeuti privati con autorizzazione al libero esercizio.

L'OSC, nel rispetto dei principi sanciti 25 anni fa dalla LASP, cerca costantemente di favorire le sue prestazioni a livello ambulatoriale e non stazionario, allargando le attività degli SPS con interventi multidisciplinari e la continuità di presa a carico fra i Servizi esterni e i reparti di degenza, con un'elevata percentuale di segnalazioni nelle due direzioni (nel 2007 il 32.8% dei pazienti della CPC sono stati inviati ai SPS dopo le dimissioni e il 15.1% sono stati segnalati alla CPC dai SPS). In generale vi è una buona collaborazione anche con i medici privati non psichiatri e con gli ospedali generali. Questo rende possibile un'azione di rete sul territorio che è fondamentale a livello terapeutico ma anche preventivo. Nei prossimi anni, vista l'evoluzione della degenza media nelle strutture stazionarie e con i nuovi modelli organizzativi che si possono ipotizzare, è presumibile che si farà meno ricorso ai letti ospedalieri e si utilizzeranno maggiormente le strutture ambulatoriali o semi-stazionarie per la cura dei pazienti in situazione di disagio psichico.

¹⁴ D. Schuler, P. Rüesch, C. Weiss (2007). La santé psychique en Suisse. Monitoring. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

¹⁵ J. Alonso, et al (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (s420): 47-54.

Allegato N. 3 Piano finanziario 2009-2012 dell'OSC

Dati ufficiali di Piano finanziario P2009–PF2012 suddivisi per ogni singolo servizio:

CRB DA 245 a 263	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
TUTTA L'OSC	30	SPESE PER IL PERSONALE	51'559'400	3.2%	53'183'970	2.2%	54'359'510	2.4%	55'664'170
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	6'645'500	1.6%	6'752'233	0.7%	6'800'116	1.5%	6'899'168
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI	25'000	1.5%	25'375	1.5%	25'756	1.5%	26'142
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI	60'000	1.5%	60'900	1.5%	61'814	1.5%	62'741
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	1'697'300	1.3%	1'719'475	1.3%	1'741'982	1.3%	1'764'826
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	59'987'200	2.9%	61'741'952	2.0%	62'989'177	2.3%	64'417'047
		Senza il gruppo di conto 39	58'289'900	3.0%	60'022'478	2.0%	61'247'195	2.3%	62'652'221
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	58'289'900	3.0%	60'022'478	2.0%	61'247'195	2.3%	62'652'221
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA	96'000	1.5%	97'440	1.5%	98'902	1.5%	100'385
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	24'638'800	1.1%	24'913'132	0.5%	25'039'329	0.5%	25'167'419
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
	47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE							
	48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI							
	49	ACCREDITI INTERNI							
	Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	24'734'800	1.1%	25'010'572	0.5%	25'138'231	0.5%	25'267'804
		Senza il gruppo di conto 49	24'734'800	1.1%	25'010'572	0.5%	25'138'231	0.5%	25'267'804
	Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	24'734'800	1.1%	25'010'572	0.5%	25'138'231	0.5%	25'267'804

Nota bene: per una corretta lettura dei dati, si rimanda al commento sul Piano finanziario 2009-2012 dell'OSC (pagg. 65 e 66)

CRB 245	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
CLINICA PSICHIATRICA/ CENTRO ABITATIVO MENDRISIO	30	SPESE PER IL PERSONALE	35'849'200	3.2%	36'997'670	2.4%	37'885'620	2.4%	38'794'870
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	6'134'500	1.6%	6'233'568	0.6%	6'273'671	1.5%	6'364'826
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI	20'000	1.5%	20'300	1.5%	20'605	1.5%	20'914
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI	60'000	1.5%	60'900	1.5%	61'814	1.5%	62'741
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	313'500	0.9%	316'397	0.9%	319'336	0.9%	322'321
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	42'377'200	3.0%	43'628'834	2.1%	44'561'045	2.3%	45'565'671
		Senza il gruppo di conto 39	42'063'700	3.0%	43'312'438	2.1%	44'241'709	2.3%	45'243'350
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	42'063'700	3.0%	43'312'438	2.1%	44'241'709	2.3%	45'243'350
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA	96'000	1.5%	97'440	1.5%	98'902	1.5%	100'385
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	18'942'000	1.0%	19'130'880	0.2%	19'170'343	0.2%	19'210'398
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE								
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI								
49	ACCREDITI INTERNI								
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	19'038'000	1.0%	19'228'320	0.2%	19'269'245	0.2%	19'310'783	
	Senza il gruppo di conto 49	19'038'000	1.0%	19'228'320	0.2%	19'269'245	0.2%	19'310'783	
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	19'038'000	1.0%	19'228'320	0.2%	19'269'245	0.2%	19'310'783	

CRB 246	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
SERVIZIO PSICO-SOCIALE MENDRISIO	30	SPESE PER IL PERSONALE	1'306'300	3.0%	1'345'720	1.8%	1'369'520	2.4%	1'402'390
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	17'000	1.5%	17'255	1.5%	17'514	1.5%	17'777
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI	1'000	1.5%	1'015	1.5%	1'030	1.5%	1'046
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI							
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	59'500	1.5%	60'372	1.5%	61'256	1.5%	62'154
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'383'800	2.9%	1'424'362	1.8%	1'449'320	2.3%	1'483'366
		Senza il gruppo di conto 39	1'324'300	3.0%	1'363'990	1.8%	1'388'064	2.4%	1'421'212
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'324'300	3.0%	1'363'990	1.8%	1'388'064	2.4%	1'421'212
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA							
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	619'000	1.5%	628'285	1.5%	637'709	1.5%	647'275
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE								
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI								
49	ACCREDITI INTERNI								
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	619'000	1.5%	628'285	1.5%	637'709	1.5%	647'275	
	Senza il gruppo di conto 49	619'000	1.5%	628'285	1.5%	637'709	1.5%	647'275	
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	619'000	1.5%	628'285	1.5%	637'709	1.5%	647'275	

CRB 247	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
SERVIZIO PSICO-SOCIALE LUGANO	30	SPESE PER IL PERSONALE	4'353'200	2.5%	4'462'395	1.7%	4'537'494	2.1%	4'632'493
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	30'000	1.5%	30'450	1.5%	30'907	1.5%	31'370
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI	500	1.5%	508	1.5%	515	1.5%	523
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI							
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	282'000	1.5%	286'167	1.5%	290'397	1.5%	294'689
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	4'665'700	2.4%	4'779'519	1.7%	4'859'312	2.1%	4'959'076
		Senza il gruppo di conto 39	4'383'700	2.5%	4'493'352	1.7%	4'568'916	2.1%	4'664'386
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	4'383'700	2.5%	4'493'352	1.7%	4'568'916	2.1%	4'664'386
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA							
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	1'180'000	1.5%	1'197'700	1.5%	1'215'666	1.5%	1'233'900
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE								
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI								
49	ACCREDITI INTERNI	0		0		0		0	
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	1'180'000	1.5%	1'197'700	1.5%	1'215'666	1.5%	1'233'900	
	Senza il gruppo di conto 49	1'180'000	1.5%	1'197'700	1.5%	1'215'666	1.5%	1'233'900	
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	1'180'000	1.5%	1'197'700	1.5%	1'215'666	1.5%	1'233'900	

CRB 248	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
SERVIZIO PSICO-SOCIALE LOCARNO	30	SPESE PER IL PERSONALE	1'374'000	3.0%	1'415'570	1.8%	1'440'640	2.4%	1'475'210
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	14'500	1.5%	14'718	1.5%	14'938	1.5%	15'162
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI	500	1.5%	508	1.5%	515	1.5%	523
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI							
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	59'200	1.4%	60'051	1.4%	60'914	1.4%	61'790
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'448'200	2.9%	1'490'846	1.8%	1'517'007	2.4%	1'552'685
		Senza il gruppo di conto 39	1'389'000	3.0%	1'430'795	1.8%	1'456'093	2.4%	1'490'895
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'389'000	3.0%	1'430'795	1.8%	1'456'093	2.4%	1'490'895
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA							
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	555'000	1.5%	563'325	1.5%	571'775	1.5%	580'352
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
	47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE							
	48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI							
	49	ACCREDITI INTERNI							
	Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	555'000	1.5%	563'325	1.5%	571'775	1.5%	580'352
		Senza il gruppo di conto 49	555'000	1.5%	563'325	1.5%	571'775	1.5%	580'352
	Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	555'000	1.5%	563'325	1.5%	571'775	1.5%	580'352

CRB 249	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
SERVIZIO PSICO-SOCIALE BELLINZONA	30	SPESE PER IL PERSONALE	1'540'800	3.0%	1'587'520	1.8%	1'615'710	2.4%	1'654'490
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	32'000	1.5%	32'480	1.5%	32'967	1.5%	33'462
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI	500	1.5%	508	1.5%	515	1.5%	523
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI							
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	84'400	1.4%	85'617	1.4%	86'851	1.4%	88'105
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'657'700	2.9%	1'706'124	1.8%	1'736'044	2.3%	1'776'579
		Senza il gruppo di conto 39	1'573'300	3.0%	1'620'508	1.8%	1'649'192	2.4%	1'688'475
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'573'300	3.0%	1'620'508	1.8%	1'649'192	2.4%	1'688'475
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA							
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	625'500	1.5%	634'883	1.5%	644'406	1.5%	654'072
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
	47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE							
	48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI							
	49	ACCREDITI INTERNI							
	Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	625'500	1.5%	634'883	1.5%	644'406	1.5%	654'072
		Senza il gruppo di conto 49	625'500	1.5%	634'883	1.5%	644'406	1.5%	654'072
	Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	625'500	1.5%	634'883	1.5%	644'406	1.5%	654'072

CRB 251	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
CENTRI DIURNI	30	SPESE PER IL PERSONALE	618'700	3.0%	637'420	1.8%	648'830	2.4%	664'410
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	75'000	1.5%	76'125	1.5%	77'267	1.5%	78'426
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI							
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI							
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	213'000	1.5%	216'146	1.5%	219'338	1.5%	222'579
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	906'700	2.5%	929'691	1.7%	945'435	2.1%	965'415
		Senza il gruppo di conto 39	693'700	2.9%	713'545	1.8%	726'097	2.3%	742'836
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	693'700	2.9%	713'545	1.8%	726'097	2.3%	742'836
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA							
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	3'000	1.5%	3'045	1.5%	3'091	1.5%	3'137
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE								
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI								
49	ACCREDITI INTERNI								
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	3'000	1.5%	3'045	1.5%	3'091	1.5%	3'137	
	Senza il gruppo di conto 49	3'000	1.5%	3'045	1.5%	3'091	1.5%	3'137	
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	3'000	1.5%	3'045	1.5%	3'091	1.5%	3'137	

CRB 256	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
SERVIZIO MEDICO-PSICOLOGICO COLDRERIO	30	SPESE PER IL PERSONALE	830'800	3.0%	855'980	1.8%	871'130	2.4%	892'040
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	12'500	1.5%	12'688	1.5%	12'878	1.5%	13'071
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI	500	1.5%	508	1.5%	515	1.5%	523
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI							
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	30'100	1.5%	30'537	1.5%	30'980	1.5%	31'429
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	873'900	3.0%	899'712	1.8%	915'502	2.4%	937'063
		Senza il gruppo di conto 39	843'800	3.0%	869'175	1.8%	884'523	2.4%	905'634
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	843'800	3.0%	869'175	1.8%	884'523	2.4%	905'634
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA							
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	293'000	1.5%	297'395	1.5%	301'856	1.5%	306'384
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE								
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI								
49	ACCREDITI INTERNI								
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	293'000	1.5%	297'395	1.5%	301'856	1.5%	306'384	
	Senza il gruppo di conto 49	293'000	1.5%	297'395	1.5%	301'856	1.5%	306'384	
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	293'000	1.5%	297'395	1.5%	301'856	1.5%	306'384	

CRB 257	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
SERVIZIO MEDICO-PSICOLOGICO LUGANO	30	SPESE PER IL PERSONALE	1'699'300	3.0%	1'750'860	1.8%	1'782'080	2.4%	1'824'850
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	14'000	1.5%	14'210	1.5%	14'423	1.5%	14'640
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI	500	1.5%	508	1.5%	515	1.5%	523
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI							
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	139'900	1.5%	141'946	1.5%	144'023	1.5%	146'131
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'853'700	2.9%	1'907'524	1.8%	1'941'041	2.3%	1'986'143
		Senza il gruppo di conto 39	1'713'800	3.0%	1'765'578	1.8%	1'797'018	2.4%	1'840'012
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'713'800	3.0%	1'765'578	1.8%	1'797'018	2.4%	1'840'012
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA							
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	701'000	1.5%	711'515	1.5%	722'188	1.5%	733'021
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE								
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI								
49	ACCREDITI INTERNI								
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	701'000	1.5%	711'515	1.5%	722'188	1.5%	733'021	
	Senza il gruppo di conto 49	701'000	1.5%	711'515	1.5%	722'188	1.5%	733'021	
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	701'000	1.5%	711'515	1.5%	722'188	1.5%	733'021	

CRB 258	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
SERVIZIO MEDICO-PSICOLOGICO LOCARNO	30	SPESE PER IL PERSONALE	910'400	3.0%	937'910	1.8%	954'530	2.4%	977'440
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	21'000	1.5%	21'315	1.5%	21'635	1.5%	21'959
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI	500	1.5%	508	1.5%	515	1.5%	523
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI							
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	58'600	1.2%	59'319	1.2%	60'048	1.2%	60'788
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	990'500	2.9%	1'019'051	1.7%	1'036'728	2.3%	1'060'710
		Senza il gruppo di conto 39	931'900	3.0%	959'733	1.8%	976'680	2.4%	999'922
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	931'900	3.0%	959'733	1.8%	976'680	2.4%	999'922
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA							
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	278'000	1.5%	282'170	1.5%	286'403	1.5%	290'699
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE								
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI								
49	ACCREDITI INTERNI								
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	278'000	1.5%	282'170	1.5%	286'403	1.5%	290'699	
	Senza il gruppo di conto 49	278'000	1.5%	282'170	1.5%	286'403	1.5%	290'699	
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	278'000	1.5%	282'170	1.5%	286'403	1.5%	290'699	

CRB 259	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
SERVIZIO MEDICO-PSICOLOGICO BELLINZONA	30	SPESE PER IL PERSONALE	1'087'500	3.0%	1'120'400	1.8%	1'140'290	2.4%	1'167'660
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	35'000	1.5%	35'525	1.5%	36'058	1.5%	36'599
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI	500	1.5%	508	1.5%	515	1.5%	523
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI							
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	82'200	1.3%	83'286	1.3%	84'388	1.3%	85'507
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'205'200	2.9%	1'239'719	1.7%	1'261'251	2.3%	1'290'289
		Senza il gruppo di conto 39	1'123'000	3.0%	1'156'433	1.8%	1'176'863	2.4%	1'204'782
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'123'000	3.0%	1'156'433	1.8%	1'176'863	2.4%	1'204'782
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA							
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	296'000	1.5%	300'440	1.5%	304'947	1.5%	309'521
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE								
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI								
49	ACCREDITI INTERNI								
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	296'000	1.5%	300'440	1.5%	304'947	1.5%	309'521	
	Senza il gruppo di conto 49	296'000	1.5%	300'440	1.5%	304'947	1.5%	309'521	
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	296'000	1.5%	300'440	1.5%	304'947	1.5%	309'521	

CRB 261	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
CENTRO PSICO-EDUCATIVO STABIO	30	SPESE PER IL PERSONALE	1'455'100	3.0%	1'499'230	1.8%	1'525'910	2.4%	1'562'540
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	74'500	1.5%	75'618	1.5%	76'752	1.5%	77'903
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI	500	1.5%	508	1.5%	515	1.5%	523
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI							
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	125'100	1.1%	126'537	1.2%	127'996	1.2%	129'476
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'655'200	2.8%	1'701'892	1.7%	1'731'172	2.3%	1'770'442
		Senza il gruppo di conto 39	1'530'100	3.0%	1'575'355	1.8%	1'603'177	2.4%	1'640'966
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'530'100	3.0%	1'575'355	1.8%	1'603'177	2.4%	1'640'966
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA							
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	564'000	1.5%	572'460	1.5%	581'047	1.5%	589'763
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE								
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI								
49	ACCREDITI INTERNI								
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	564'000	1.5%	572'460	1.5%	581'047	1.5%	589'763	
	Senza il gruppo di conto 49	564'000	1.5%	572'460	1.5%	581'047	1.5%	589'763	
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	564'000	1.5%	572'460	1.5%	581'047	1.5%	589'763	

CRB 262	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
CENTRO PSICO-EDUCATIVO LUGANO	30	SPESE PER IL PERSONALE	1'110'400	3.0%	1'144'170	1.8%	1'164'530	2.4%	1'192'490
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	124'500	1.5%	126'368	1.5%	128'263	1.5%	130'187
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI							
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI							
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	190'500	1.4%	193'134	1.4%	195'808	1.4%	198'521
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'425'400	2.7%	1'463'672	1.7%	1'488'601	2.2%	1'521'198
		Senza il gruppo di conto 39	1'234'900	2.9%	1'270'538	1.8%	1'292'793	2.3%	1'322'677
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'234'900	2.9%	1'270'538	1.8%	1'292'793	2.3%	1'322'677
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA							
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	418'300	1.5%	424'575	1.5%	430'943	1.5%	437'407
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE								
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI								
49	ACCREDITI INTERNI								
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	418'300	1.5%	424'575	1.5%	430'943	1.5%	437'407	
	Senza il gruppo di conto 49	418'300	1.5%	424'575	1.5%	430'943	1.5%	437'407	
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	418'300	1.5%	424'575	1.5%	430'943	1.5%	437'407	

CRB 263	GrVdc		P 2009	aumento	PF 2010	aumento	PF 2011	aumento	PF 2012
CENTRO PSICO-EDUCATIVO LOCARNO	30	SPESE PER IL PERSONALE	916'200	3.0%	943'950	1.8%	960'710	2.4%	983'770
	31	SPESE PER BENI E SERVIZI	61'000	1.5%	61'915	1.5%	62'844	1.5%	63'786
	32	INTERESSI PASSIVI							
	33	AMMORTAMENTI							
	34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.							
	35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI							
	36	CONTRIBUTI CANTONALI							
	37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI							
	38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI							
	39	ADDEBITI INTERNI	59'300	1.1%	59'969	1.1%	60'648	1.1%	61'337
	Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'036'500	2.8%	1'065'834	1.7%	1'084'202	2.3%	1'108'894
		Senza il gruppo di conto 39	977'200	2.9%	1'005'865	1.8%	1'023'554	2.3%	1'047'556
	Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	977'200	2.9%	1'005'865	1.8%	1'023'554	2.3%	1'047'556
	40	IMPOSTE							
	41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI							
	42	REDDITI DELLA SOSTANZA							
	43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	164'000	1.5%	166'460	1.5%	168'957	1.5%	171'491
	44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.							
	45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI							
	46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI							
	47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE							
	48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI							
	49	ACCREDITI INTERNI							
	Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	164'000	1.5%	166'460	1.5%	168'957	1.5%	171'491
		Senza il gruppo di conto 49	164'000	1.5%	166'460	1.5%	168'957	1.5%	171'491
	Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	164'000	1.5%	166'460	1.5%	168'957	1.5%	171'491